AL IV-lea CONGRES NAȚIONAL
DE
RADIOLOGIE

cu temele:

I. RADIODIAGNOSTICUL ÎN URGENȚELE MEDICO-CHIRURGICALE

II. RADIODIAGNOSTICUL ȘI RADIOTERAPIA BOLILOR MALIGNE DE SISTEM

RAPOARTE — CORAPOARTE — COMUNICĂRI

(rezumate)

BUCUREȘTI, 31 mai — 2 iunie 1973

UNIUNEA SOCIETATILOR DE STIINTE MEDICALE
DIN
REPUBLICA SOCIALISTA ROMANIA

SOCIETATEA DE RADIOLOGIE

AL IV-lea

CONGRES NATIONAL
DE
RADIOLOGIE

BUCUREȘTI
31 mai-2 iunie 1973

I. RADIODIAGNOSTICUL IN URGENTELE MEDICO - CHIRURGICALE

RAPOARTE

RADIODIAGNOSTICUL IN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE

Conf. Dr. I. Pană, Dr. O. Georgescu, Dr. D. Timofte,
Dr. S. Simionescu, Dr. Elena Petrea
Clinica Radiologică Spitalul Colţea şi Clinica
de Neurologie Spitalul Colentina, Bucureşti

Frecvenţa crescîndă cu care sînt întîlnite în practică traumatismele cranio-cerebrale îndreptăţeşte o cunoaştere mai amănunţită a aspectului lor radiologic, întrucît literatura de specialitate îi rezervă, în general, un spaţiu relativ puţin important. Acest studiu este cu atît mai util, cu cît fiind vorba de interesarea unor regiuni vitale ale organismului, clinicianul şi chirurgul au nevoie de importante elemente pentru stabilirea unui diagnostic precis, care să orienteze, chiar imediat după accident atitudinea terapeutică. Aşa se explică preocuparea specialiştilor radiologi de a dezvolta continu semiologia radiologică şi de a rezolva, în mod concludent, împreună cu clinicianul, cazurile patologice mai dificile.

Abordarea unei probleme, ca explorarea radiologică în traumatismele cranio-cerebrale, nu poate fi făcută fără a aminti, cel puţin în treacăt, aportul şi competenţa unor specialişti cu renume în probleme de explorare radiologică a craniului normal şi patologic. Contribuţia acestor specialişti la precizarea semiologiei radiologice şi la interpretarea corectă a leziunilor elementare proprii patologiei cranio-cerebrale este de netăgăduit şi constituie puncte de plecare fundamentale, în

studiul radiologic al craniului.

Fiind vorba de o problemă de mare importanţă, precizarea coordonatelor esenţiale ale examenului radiologic în urgenţe implică, pe de o parte readucerea în actualitate a tot ceea ce putem obţine în prezent în acest domeniu, iar pe de altă parte cunoaşterea a ceea ce trebuie să cerem şi să aşteptăm, în aceste cazuri, de la explorarea radiologică.

In principiu, examenul radiologic poate fi efectuat oridecîteori starea generală a bolnavului permite acest lucru. Mai mult chiar, există situaţii cînd examenul radiologic devine indispensabil, deoarece o serie de diagnostice urgente, sub aspectul necesităţii intervenţiilor terapeutice, sînt greu de stabilit numai clinic. Recurgînd la explorarea radiologică, se reduce mult timpul de precizare a diagnosticului şi diminuă substanţial incertitudinile şi dubiile terapeutice.

In acest sens, Mondor, pe baza unei bogate casuistici, demonstrează că rutina, care evită examenul radiologic, constituie un pericol pentru bolnav. O asemenea conduită îl împiedică pe clinician să cunoască patologia complexă a urgenţelor şi nu-i permite acestuia să aplice în practică o condiţie esenţială, necesară oricărei atitudini terapeutice adecvate şi anume individualizarea corectă şi indispensabilă a tratamentului în fiecare caz în parte.

Dar ca să fie util în traumatismele cranio-cerebrale, examenul radiologic care constituie prototipul explorărilor de urgenţă, trebuie să fie cît se poate de scurt şi să evidenţieze modificări elementare precise, în

măsură să orienteze corect pe clinician. Din această cauză, examenul se va limita strict la faptele care evidenţiază esenţialul, întrucît într-o urgenţă, excesul de supoziţii teoretice, ca şi tratamentele "de probă", pot primejdui viaţa bolnavilor. De asemenea, oricare ar fi problemele pe care le ridică examenul de urgenţă, radiologul trebuie să demonstreze suplete în alegerea tehnicilor, pe care să le adapteze la împrejurări, ingeniozitate permanentă, uneori o facultate de improvizaţie proprie condiţiilor de muncă, cu totul diferită de atmosfera de lucru obişnuită (R. Porcher).

Pentru aceasta vor fi respectate cîteva principii generale şi anume, evitarea pierderilor de timp şi a deplasărilor multiple sau îndepărtate, examenul radiologic trebuie să se bazeze pe date obiective şi în acest scop se va executa cît mai multe radiografii, pentru a putea oferi elemente de diagnostic precise. Prezenţa reanimatorului în serviciu este de multe ori obligatorie pentru a menţine tensiunea arterială şi pulsul în limite care să facă posibile unele examene radiologice, cum sînt angiografia şi pneumoencefalografia.

Traumatismele cranio-cerebrale reprezintă 3,5 - 10% din totalul traumatismelor pe care le poate suferi un individ, incidenţa lor maximă fiind în creştere, din cauza accidentelor de circulaţie, din ce în ce mai frecvente. Simptomatologia bogată, întîlnită în diversele cazuri de accidente, a lărgit mult sfera de solicitare a examenului radiologic şi a impus diversificarea modalităţilor de explorare după cum acestea se adresează diferitelor regiuni ale scheletului. Drept urmare a aspectelor complexe şi de

lucru în echipă, pe care le ridică fiecare din situaţii în parte, s-a ajuns, în unele cazuri, la extinderea şi completarea procedeelor şi tehnicilor de examen standard, cu angiografii, flebografii, scintigrafii, tomografii simultane, care să permită obţinerea de imagini radiologice concludente.

Firește că, la un traumatizat cranian leziunea nervoasă este determinată. Am face însă o mare eroare dacă în aprecierea traumatismelor cranio-cerebrale am ignora sau subestima leziunile osoase ale craniului. Existenţa acestora poate oferi examenului clinic elemente suplimentare, care să certifice consecinţele traumatismului, constituind, în unele cazuri, probleme medico-legale de mare importanţă. Totodată, instalarea leziunilor scheletice poate influenţa mult conduita terapeutică, situaţia şi natura lor orientînd, în mod hotărîtor atitudinea imediată şi evoluţia ulterioară a leziunilor. Astfel, fracturile care interesează artera meningee mijlocie sau sinusurile durale prezintă riscul unei hemoragii extradurale sau subdurale, în timp ce fractura care comunică cu sinusurile craniene sau cu urechea, evidenţiază o cale posibilă de infecţie. Acelaşi lucru este valabil şi pentru fracturile cominutive ale bolţii craniene.

Posibilităţile şi limitele examenului radiologic, privite separat şi în ansamblu, sînt determinate de o serie de factori importanţi, ce ţin de: simptomatologia clinică, de organizarea şi dotarea laboratorului unde urmează să se efectueze explorarea, de gradul de pregătire a personalului de specialitate, chemat să interpreteze re-

zultatele examenului radiologic.

Cît priveşte simptomatologia clinică, radiologul poate fi solicitat să exploreze pacienţi în trei circumstanţe bine definite, şi anume:

- mari traumatizaţi, în comă, cu leziuni osoase situate pe planul doi, la care examenul radiologic trebuie să înceapă, după echilibrarea tensiunii arteriale şi a pulsului, cu examenul angiografic, dacă dotarea serviciului permite efectuarea lui, întrucît angiografia este absolut indispensabilă pentru precizarea diagnosticului şi adoptarea atitudinii terapeutice; în absenţa unor condiţii minime pentru executarea angiografiei se vor efectua radiografii craniene de faţă, de profil şi în incidenţa fronto-suboccipitală (Worms), fără mobilizarea pacientului;

- traumatizaţi mai puţin grevi, la care diferitele tehnici şi incidenţe vor fi orientate în funcţie de datele furnizate de localizarea topografică a tabloului clinic, şi

- traumatisme craniene minime - comoţii cerebrale - la care radiologul va căuta să deceleze leziuni osoase şi la nivelul stîncii temporalului, coloanei cervicale şi mai ales la nivelul joncţiunii cervico-occipitale.

Această orientare, care trebuie adoptată în explorarea radiologică a unui traumatizat cranian, este considerată fundamentală. Plecînd de la aprecierea că fiecare bolnav în parte constituie un caz clinic, indicaţiile de explorare radiologică vor fi stabilite în mod diferenţiat, fiind individualizate şi multiplicate după

simptomatologia bolnavului. Dacă acuzele acestuia indică o explorare regională precisă, datele radiologice obținute în incidențele executate anterior constituie un motiv pentru a căuta extensia leziunilor osoase craniene evidențiate inițial.

In mod schematic, dată fiind natura subiectului de care ne ocupăm, raportul de față se va referi la:

- explorarea oaselor craniului cu ajutorul radiografiei standard, însoțită sau nu, după caz, de examene complimentare, fără mijloace de contrast artificial;

- explorarea conținutului cutiei craniene, utilizînd diverse mijloace de contrast.

In cazul modificărilor traumatice scheletice radiografia constituie mijlocul principal de evidențiere a traiectelor de fractură. Structura și arhitectonica complexă a scheletului cranian implică, pe lîngă o tehnică precisă, radiografii de bună calitate, care să ofere clinicianului și chirurgului suficiente informații semnificative și utile pentru diagnostic.

Se știe că, pentru a putea fi evidențiată radiologic, o leziune traumatică a scheletului cranian trebuie să posede contrast suficient. Există la nivelul craniului elemente structurale fine, ca cele ale etmoidului, care fiind puțin contrastante implică unele dificultăți în evidențierea și interpretarea traiectelor de fractură. La aceasta mai trebuie reamintit faptul că fractura trebuie să fie suficient de largă și cît mai aproape de film, iar fascicolul de raze X să ajungă perpendicular pe traiectul de fractură.

Marea majoritate a autorilor sînt de acord că un studiu, cît de grosolan al fracturilor craniene, necesită, în raport cu sediul traumatismului, executarea unui anumit număr de radiografii, în incidenţe diferite, şi anume, o radiografie în incidenţă antero-posterioară sau postero-anterioară, o radiografie în incidenţă oblică de faţă, fronto-suboccipitală sau suboccipito-frontală, o radiografie în incidenţă axială sau subaxială şi două radiografii în incidenţă de profil, drept şi stîng.

Dacă starea generală a bolnavului permite, aceste radiografii pot fi completate cu altele în incidenţe tangenţiale sau cu tomografii. Traumatizaţii în comă vor fi supuşi unui efort de mobilizare minim, examenul radiologic reducîndu-se, atunci cînd este posibil, numai la executarea unor radiografii de faţă, de profil şi fronto-suboccipitală. Ulterior, explorarea radiologică poate fi completată cu un studiu amănunţit al craniului pentru decelarea unor fracturi mai discrete.

Desigur că nu se va pune problema obţinerii unor imagini analitice şi nu vom avea intenţia să pretindem imagini cu netitate şi cu acelaşi contrast ca pe radiografiile curente. Vom avea însă suficientă grijă, evitînd repetările inutile, să obţinem, de exemplu, la craniu, radiografii la care să putem face aprecieri comparative ale regiunilor examinate. In acest scop, pentru a obţine imagini simetrice, imobilizarea bolnavului în timpul examenului radiologic este foarte importantă. Deseori, radiografiile executate cu raza centrală orientată oblic faţă de planul sagital al craniului, permit să evidenţiem traiecte

de fractură ale calotei sau bazei craniului, care nu apar, totdeauna, pe incidenţele clasice, mai greu de executat în condiţiile bolnavilor accidentaţi.

Există, de asemenea, cazuri cînd radiografiile executate în incidenţele amintite trebuie completate în funcţie de informaţiile examenului neurologic.

Aşa de exemplu, în sindroamele postcomoţionale marcante sau prelungite, fără semne de localizare, se vor explora labirintul şi balamaua cervico-occipitală.

In prezenţa unui sindrom cortical care probează leziuni ale acestei regiuni din creer sînt necesare radiografii tangenţiale ale calotei, centrate în zona corespunzătoare focarului neurologic.

Iată şi alte explorări radiologice necesare în funcţie de datele examenului neurologic.

In cazul unui sindrom de fosă posterioară sau a regiunii cervicale superioare se va studia coloana vertebrală cervicală şi joncţiunea cervico-occipitală. Tomografia acestor regiuni este deosebit de utilă.

Leziunile nervului olfactiv impun efectuarea de tomografii frontale, sagitale şi orizontale la nivelul etmoidului.

Pentru leziunile nervului optic sînt indicate radiografii şi tomografii în incidenţa descrisă de Rhese şi Hartmann, precum şi tomografii ale polului posterior al orbitei.

Leziunile nervilor oculomotori impun studiul fantelor sfenoidale, tomografii ale polului posterior al orbitei, precum şi ale fosei cerebrale mijlocii.

Leziunile de trigemen necesită radiografii în in-

cidenţele Stenvers-Chaussé IV, indiferent ramura atinsă, pentru prima ramură se vor investiga fantelele sfenoidale, pentru cea de a doua ramură, găurile mari rotunde, pentru a treia ramură, care trece prin gaura ovală, sînt necesare radiografii în incidenţa axială.

Leziunile de nerv facial şi acustico-vestibular pot fi evidenţiate în incidenţa Stenvers-Chaussé III, Schüller; completate, după caz, cu tomografii ale regiunii petro-mastoidiene.

Leziunile nervului gloso-faringian, sagital şi spinal îndrumă la studiul găurii rupte posterioare, în incidenţa axială Hirtz sau în incidenţele descrise de Chaussé II, Gally şi Gerard, Porder, Porot şi Rossand sau în cele iniţiale de Fischgold, Porcher, Metzger şi Korachi.

Pentru leziunile care interesează hipoglosul sînt utile radiografii ale canalului condilian anterior, în incidenţele descrise de Salotti, Bean, Gally şi Gerard, Metzger, Dary, Wackenheim, precum şi radiografii, urmate de secţiuni tomografice ale bazei craniului, în poziţia pentru gaura ruptă posterioară.

Abundenţa nomenclaturilor, ca şi multiplele incidenţe utilizate pentru studiul diferitelor structuri osoase craniene, creiază, uneori, dificultăţi în explorarea radiologică a traumatizaţilor.

De aceea, sînt preferate proiecţiile simple, verificate de practica radiologică. Recent, căutînd să simplifice lucrurile, Gordon Patts (1970) a propus o metodă geometrică, în care craniul fiind considerat a fi o sferă, reperele sînt mai uşor de stabilit, iar diferitele incidenţe

sînt codificate aşa fel încît sînt mult mai mult la îndemîna celui care execută şi interpretează imaginile.

Oricît de clare apar pe radiografie traiectele de fractură, ele trebuie diferenţiate de cîteva elemente anatomice importante. Aşa sînt: şanţurile venelor diploice, care au sediu preferenţial (regiunile parietală şi frontală), amprentele arteriale (ramura posterioară a arterei meningee mijlocii se proiectează de profil pe tuberculul selar, meningeea mijlocie, în incidenţa axială prezintă traiect transversal, în etajul mijlociu şi merge spre gaura rotundă mică, amprenta arterei temporale superficiale), imaginile venelor emisare şi a sinusurilor venoase care sînt caracteristice, cu imaginea suturilor coronare, care apar dantelate la nivelul tablei externe şi cu aspect liniar pe tabla internă.

Pe radiografia craniană de faţă imaginea suturilor temporo-parieto-occipitale, apar ca transparenţe lineare nedinţate şi cu dublu contur, interesînd transversal stîncile temporale, pretează la confuzii cu traiectele de factură ale solzului sau stîncilor temporale. Suturile şi osiculii din jurul găurii occipitale sînt alte motive, în cazul cînd nu sîntem avertizaţi, pentru confuzii cu traiectele de fractură.

La copil, aplicarea incorectă a forcepsului determină, destul de frecvent, aşa-zisa fractură plată, fără fragmente, care se însoţeşte de hematoame subdurale, bilateral. In acest caz, tabloul neurologic este mai puţin exprimat decît la adult, deoarece o mare parte din forţa agentului vulnerat este preluată şi compensată de elas-

ticitatea craniului. Fracturile liniare se deosebesc şi ele întrucîtva de cele ale adultului. Datorită caracterului membranos al oaselor, traiectul este mai drept, şi cu o marcată tendinţă la diastază, care este cea mai frecventă modificare posttraumatică întîlnită la sugar (75% din aspectele radiologice). Fracturile intrauterine, descrise în ultimul timp de Alexander şi Davies sînt produse prin depresiune. Traumatismul intern turteşte craniul între promontoriu şi sacru, în timpul travaliului. La aceasta contribuie existenţa unor eventuale anomalii sau tumori ale pelvisului, tumori uterine, fracturi ale oaselor bazinului.

Evoluţia radiologică a leziunilor traumatice craniene variază în limite foarte mari şi este imposibil de precizat intervalul de timp necesar consolidării osoase.

In general, se consideră, că în copilărie, un traiect de fractură craniană dispare radiologic în cîteva luni, uneori ani. La adulţi, dimpotrivă, traiectul de fractură nu numai că rămîne vizibil zeci de ani, dar poate suferi importante modificări radiologice datorită osteopatiei posttraumatice, care comportă forme radiologice foarte diverse.

Persistenţa radiologică a traiectului de fractură ridică însă întrebarea dacă leziunile sînt recente sau dimpotrivă sînt consecinţa unui traumatism vechi.

Constatarea unui traiect de fractură în urma unui traumatism nu poate fi pusă totdeauna în legătură cu traumatismul recent. Epilepticii, în special, sînt purtători de traiecte de fractură cu vechimi diferite. Radiologul trebuie să le identifice şi să afirme sau să infirme un trau-

matism cranian recent, ceea ce constituie, uneori, o problemă delicată, din punct de vedere medico-legal.

Traiectul de fractură veche are imaginile estompate. Modificările de rezorbţie, care determină acest aspect, se însoţesc de o oarecare lărgire a imaginii. Rezorbţia limitelor fracturii devine radiologic vizibilă începînd din săptămîna a treia a traumatismului sau poate chiar mai devreme (Perech). In timp, claritatea care traduce existenţa unui traiect de fractură poate diminua prin modificări de osteogeneză, cu formarea de calusuri segmentare.

Leziunile traumatice localizate la nivelul etmoidului, sfenoidului, tavanului orbitei, ca şi cele care interesează nucleul labirintic se traduc prin traiecte fine de fractură, mai greu de evidenţiat pe radiografie dacă aceasta nu a fost executată în condiţii ireproşabile. Pentru evidenţierea unor asemenea fracturi o singură radiografie a craniului de profil, aşa cum se solicită în marea majoritate a cazurilor cu traumatisme craniene, este insuficientă. Trebuie executate radiografii în incidenţe adecvate pentru fiecare localizare, în funcţie de simptomatologia clinică, deoarece numai astfel se poate verifica aspectul normal sau patologic al regiunilor anatomice respective. Elemente preţioase pentru diagnostic aduc în aceste cazuri secţiunile tomografice. Uneori, leziunile traumatice sinusale se traduc prin modificări locale indirecte. Aşa sînt opacităţile care apar şi persistă timp îndelungat la un sinus care anterior prezenta aspect radiografic în limite normale. Apariţia unor asemenea modi-

ficări sînt considerate ca semn patognomonic pentru o fractură de bază de craniu, chiar în absența unui alt semn clinic sau radiologic.

Leziunile traumatice ale segmentului occipito-cervical se asociază frecvent traumatismelor cranio-cerebrale. Marile traumatisme fiind mortale, la radiolog ajung traumatismele mai puțin importante, deseori monostice.

Condițiile particulare de reprezentare a elementelor anatomice ale coloanei vertebrale cer să adaptăm diversele procedee și tehnici radiologice la necesitățile impuse de existența unor eventuale leziuni traumatice. In orice condiții însă, și cu orice aparat, oricît de modestă ar fi puterea lui, putem obține o radiografie de față și de profil care să ne ofere o reprezentare vizibilă a scheletului cranian sau a coloanei vertebrale. Executarea de radiografii centrate pe un anumit segment vertebral, cu intenția de a obține o evidențiere fidelă a corpilor vertebrali afectați, întîmpină, totuși, oarecari dificultăți. Pentru aceasta trebuie să cunoaștem din examenul clinic, sediul precis al segmentului vertebral traumatizat și să executăm radiografia îndepărtînd cît mai mult posibil tubul de planul de proiecție. Concomitent, pentru a obține o evidențiere corectă, trebuie să avem în vedere dispoziția deosebită a unor corpuri vertebrale cervicale, cum sînt cervicala a doua, a șasea și a șaptea, care, prin poziția lor, nu apar bine reprezentate radiografic cînd raza centrală cade perpendicular pe casetă. Orientarea particulară a acestor vertebre pe care nu o putem corecta, deoarece traumatizaților le sînt dificile mișcări în acest sens,

ne împiedică să apreciem dimensiunile reale ale vertebrelor traumatizate. Putem evita asemenea dificultăţi orientînd oblic raza centrală pe care o aduce, perpendicular la conturul anterior al vertebrei. Reuşim să obţinem o reprezentare a acestor vertebre cît mai apropiată de cea reală.

Asemenea radiografii, cu toate că în multe cazuri lasă de dorit în ceea ce priveşte calitatea şi necesită timp mai lung pentru a fi executate, reuşesc să ofere, în marea majoritate a situaţiilor, suficiente date pentru a orienta pe clinician şi chirurg asupra atitudinii terapeutice.

In cazurile în care clinica sugerează o fractură şi examenul radiografic standard este negativ se va recurge la examenul funcţional al coloanei cervicale. Pentru analiza detaliată a deplasărilor osoase pot fi utilizate liniile - repere, cum sînt cele preconizate de Mc Gregor, Chamberlain, Fischgold-Metzger, pentru recunoaşterea deplasărilor în sens vertical sau cele ale lui Thévenard, Wackenheim, pentru deplasările anterioare şi posterioare. Examenul poate fi completat cu secţiuni tomografice, procedeul permiţînd totdeauna concluzii imediate.

Dacă examenul radiografic simplu evidenţiază foarte precis leziunile osoase, el oferă, în schimb, indicaţii destul de sumare asupra modificărilor conţinutului cutiei craniene, leziuni de care depinde viaţa bolnavului.

Aşa cum practica demonstrează, explorarea radiografică convenţională este deosebit de utilă, dar pentru a obţine informaţii suplimentare, ca şi pentru un diag-

nostic exact, investigarea directă a conținutului cutiei craniene devine absolut necesară.

Aceasta se poate realiza evidențiind:

- conturul creerului sau a cavităților sale naturale, cu ajutorul unui mediu de contrast gazos (encefalografie, ventriculografie);

- vaselor cerebrale (arteriografie, flebografie), sau

- parenchimul (scintigrafie și echoencefalogramă).

Așa cum arată Arseni, nu totdeauna există o concordanță directă între întinderea leziunilor anatomice evidențiate prin pneumoencefalografie și simptomatologia clinică.

Utilizarea lipiodolului intraventricular se face în mod excepțional.

Ca valoare diagnostică, în cele mai multe cazuri, și comparativ cu scintigrafia, explorarea vaselor cerebrale este mai precisă, în special în ceea ce privește natura procesului patologic (Huber și Rösler). Ea se completează reciproc cu scintigrafia. Angioscintigrafia trebuie utilizată mai ales în cazurile în care angiografia nu poate oferi informații precise.

Ultrasonencefalografia (echoencefalografia) are valoare în determinarea modificărilor liniei mediane date de hematoame sau tumori, care afectează emisferele.

Inainte însă de a recurge la una din tehnicile amintite pînă aici, bolnavul va fi supus unui examen radiografic standard. Vrem prin aceasta să reamintim și să subliniem încăodată importanța și chiar obligativitatea

investigaţiilor radiografice convenţionale, standard, ca punct de plecare fundamental în explorarea radiologică a oricărui accidentat.

Aşa cum practica demonstrează, atunci cînd este bine executat, examenul radiografic este suficient de revelator. El poate evidenţia atît semne radiologice directe, leziuni osoase, cît şi elemente semeiologice indirecte, calcificări posttraumatice peridurale sau intracerebrale, modificări ce traduc o hipertensiune intracraniană, deformări atrofice sau hipertrofice, devieri ale glandei pineale calcificate etc.

Atunci cînd aceste date nu sînt suficient de concludente, se va recurge, în funcţie de simptomatologia clinică, la unul din procedeele care utilizează substanţe de contrast sau la alte tehnici.

Sub acest aspect, cazurile care ajung în serviciul de radiologie pentru investigaţii legate de un traumatism cranian, se pot împărţi în:

- traumatisme craniо-cerebrale uşoare, ce se adresează radiologului pentru motive clinice diverse; examenele simple, şi la nevoie scintigrafia, sînt suficiente;

- traumatisme grave, care constituie o urgenţă medico-chirurgicală; aici, examenele cu substanţă de contrast, angiografia în special, au valoare fundamentală pentru localizarea unei complicaţii hemoragice; ventriculografia rămîne o tehnică de excepţie;

- complicaţii neurologice sau psihiatrice tardive, care trebuie să formeze un obiect de studiu neuroradiologic, de la caz la caz; dacă examenele scheletului

cranian nu este suficient, se va recurge la examene cu substanţe de contrast, la angiografie şi pneumoencefalografie;

- traumatisme obstetricale ale primei copilării; în traumatismele recente, datele radiologice sînt puţin superpozabile cu cele ale adultului; la copii mai mari şi la adulţi, cu leziuni cerebrale din prima copilărie, caracterul posttraumatic al modificărilor patologice este îndoelnic. Astfel hemiatrofia cerebrală infantilă şi higroma au acelaşi aspect, indiferent de etiologie.

In cele ce urmează vom reda în mod succint posibilităţile examenului radiologic în accidentele care afectează substanţa cerebrală.

Hematomul extradural este destul de rar întîlnit, în mai puţin de 1% din toate cazurile de traumatisme craniene (Burdjian, Webster, 1960). Este important de diagnosticat, deoarece netratat are o evoluţie fatală.

Se produce mai frecvent prin ruperea arterei meningee medii, mai rar după lezarea sinusurilor durale. De cele mai multe ori există o fractură liniară, care traversează şanţul arterei meningee mijlocii. Uneori, poate apare fără fractură sau după traumatisme penetrante.

Radiografia craniană simplă poate evidenţia traiecte de fractură, devieri ale glandei pineale calcificate, de partea opusă leziunii.

Diagnosticul de certitudine se face angiografic atunci cînd constatăm extravazarea substanţei de contrast sau decolarea unui sinus venos.

Echoencefalograma arată o deplasare a structurilor mediane de partea opusă leziunii.

Hematomul subdural apare în urma zdrobirii venelor care merg de la creer la sinusurile durale. Contuzia cerebrală, cu ruperea micilor vase şi a membrelor suprajacente pot determina formarea de chisguri care se colectează în spaţiul subdural. Trebuie menţionat că alcoolismul cronic şi utilizarea anticoagulantelor predispun la hemoragii subdurale. Hematomul este situat, de obicei, pe emisfere, în regiunea parietală, dar se poate întîlni şi sub lobul temporal, în jurul chiasmei, în fosa occipitală.

Radiografia craniului poate evidenţia devierea laterală a glandei pineale calcificate. Cînd glanda pineală este împinsă în jos, hematoamele sînt situate bilateral, parasagital.

Formele cronice, unele datînd din copilărie, se însoţesc de calcificări şi osificări, cu deformare craniană omolaterală. Deformările craniene omolaterale trebuie suspectate şi de un chist sau diverticul aracnoidian.

Angiografia arată zone avasculare situate, de regulă, în regiunea parietală, care este sediul preferenţial al hematoamelor subdurale. Imagini concludente sînt observate, mai ales, în colecţiile mari peridurale, situate parasagital, parietal, frontal, occipital sau bazal. Cînd zona avasculară este mică şi are margini biconvexe, situată la nivelul unei fracturi craniene, aspectul pledează pentru un hematom extradural.

Hematoamele subdurale sînt bine evidenţiate angiografic în faza capilară, mai ales pe angiografia de faţă.

Imaginea este aceea a unui spaţiu avascular, si-

tuat în vecinătatea calotei, de forma unei lentile plan-convexe sau de semilună, în cazul hematoamelor recente şi a unei lentile biconvexe sau "în hemac" (Arseni), în hematoamele cronice. Deplasarea axului arterial median este obligatorie. Cînd această deplasare nu există, hematomul este bilateral.

Hematoamele situate frontal sau occipital apar mai bine evidenţiate pe angiografii executate în poziţii oblice.

Zonele avasculare localizate la nivelul bazei craniului, în etajul posterior sînt rar observate, din cauza marii mortalităţi imediate a accidentaţilor. Dacă zona avasculară a hematomului subdural este greu de recunoscut pe o angiografie vertebrală, de altfel discutabilă la un asemenea bolnav, aceea a hematomului extradural, va fi vine evidenţiată în timpul venos, deoarece el decolează vizibil răspîntia lui Hierofil sau sinusul venos lateral. Hematomul se poate întinde la etajul supratentorial, decolînd sinusul longitudinal superior. O fractură occipitală va face să căutăm acest semn radiologic pe timpurile venoase ale angiografiei, uneori foarte tardive.

Dacă zona avasculară de la periferia cerebrală este considerată caracteristică unei colecţii hematice sau lichidiene juxtadurale, trebuie să ne amintim şi de faptul că există şi alte procese expansive avasculare şi radiotransparente, cum sînt afecţiunile retractile cerebrale (colaps, atrofie) care pot realiza asemenea imagini.

De asemenea este dificil de diferenţiat un hema-

tom extracerebral subtemporal, de hematomul intratumoral. Devierea laterală a structurilor sagitale poate lipsi, dacă este compensată de alte leziuni sau dacă hematomul se găseşte foarte jos, în fosa cerebrală medie.

La sugar, hematomul subdural ridică numai în mod excepţional probleme de neuroradiologie. Aici, diagnosticul este relativ uşor, graţie punctiei directe prin fontanelă, cînd se introduc 15-30 c.c. aer în cavitatea evacuată. Radiografiile executate realizează imagini caracteristice ale pungilor pneumatice în care se recunoaşte convexitatea hemisferică, deasupra nivelului hidroaeric.

Hematomul subdural cronic al adultului poate determina tablouri clinice variate, astfel că primul examen cu medii de contrast poate să fie o encefalografie gazoasă fracţionată.

Principalul semn encefalografic direct este considerat, în acest caz, aşa-zisa zonă apneumatică, în formă de semilună clară, descrisă de Dyke. Ea ocupă spaţiul subarahnoidian, între colecţia sanguină şi cortextul cerebral. Apariţia sa se datoreşte colapsului cerebral de sub hematom. Indiferent dacă semiluna aerică a lui Dyke este sau nu prezentă, în toate cazurile de decolare localizată a suprafeţelor hemisferice, vizualizate prin injectarea de aer, trebuie suspicionată existenţa unui hematom juxtadural.

In hematomul subdural pot fi întîlnite şi modificări pneumo-encefalografice indirecte. Aşa sînt dilataţiile cavităţilor ventriculare controlaterale, asociate sau nu cu oblicitatea lui septum lucidum şi a ventricolu-

lui III. Este vorba de o dilatare ventriculară funcțională și se datorește colapsului hemisferei sau este determinată de jena scurgerii lichidiene prin oficiul Monro. Ventriculele homolaterale apar mai mult sau mai puțin modificate. Ele pot fi angajate sub coasa creerului, deplasată și comprimată, fapt care contrastează cu dilatarea funcțională a ventriculului de partea opusă, însoțite de coborîrea și devierea internă a cornului temporal.

Localizările frontale, occipitale, bazale, parasagitale sau ale fosei posterioare nu au o expresie pneumografică particulară și se comportă ca procese expansive intracraniene. Rareori o tehnică pneumografică permite să se recunoască natura unui epanșament sanguin peridural. Existența, însă, a unui traiect de fractură, corespunzător focarului neurologic, orientează diagnosticul spre un hematom extradural.

Echoencefalografia sau ultrasonencefalografia este considerată un procedeu rapid, simplu și netraumatic, cu ajutorul căruia pot fi decelate schimbările de poziție ale structurilor liniei mediane. Așa este cazul în hematoamele mari, unilaterale, de pe convexitatea unei hemisfere. Aceste structuri nu sînt deplasate în caz de hematoame bilaterale, cu dimensiuni egale.

Scintigrafia poate diagnostica un hematom subdural, dar imaginea nu trebuie confundată cu aceea a unui hematom al scalpului.

Hematomul intracerebral este mai puțin frecvent decît hematomul subdural, dar mai frecvent decît hemoragia epidurală. Burdjan și Webster (1960) îl găsesc în 36

din 950 de cazuri de traumatisme craniene. Apariţia sa este observată mai ales în regiunile frontale şi temporale, mai rar în cerebel.

Hematomul intracerebral este de obicei rezultatul unei contuzii acute a vaselor sanguine din profunzimea creerului. Este observat după traumatisme cranio-cerebrale severe, astfel că examenul radiografic evidenţiază concomitent, şi o fractură de craniu. Mortalitatea este mare, aproape toţi accidentaţii cu hematoame pontine mor în prima zi, spre deosebire de mortalitatea de 48% la cei cu localizări în substanţa albă (Freytag).

Hematoamele intracerebrale recente ale adultului constituie, de asemenea, obiectul unei explorări angiografice de urgenţă, care poate arăta:

- o zonă avasculară intracerebrală rotundă;
- un sindrom de expansiune regională a zonei avasculare, căreia i se vor preciza mărimea, localizarea şi complicaţiile;
- eventuale malformaţii vasculare, punct de apel a unei leziuni traumatice;
- eventuale leziuni traumatice asociate, hematoame subdurale-homo-hetero-sau bilaterale.

Fistula carotido-cavernoasă, determinată de un traumatism cranio-cerebral închis sau deschis, se evidenţiază numai angiografic. Constituirea unei soluţii de continuitate la nivelul carotidei interne intracavernoase, se trădează, angiografic, prin prezenţa substanţei de contrast care extravazează în loja cavernoasă, şi prin injectarea în timp arterial precoce a venei orbitare superioare.

Angiografia carotidiană, examen de elecţie, oferă date asupra căilor de drenaj ale sîngelui arterial şi concomitant, asupra căilor de circulaţie colaterală.

Radiografia craniană simplă poate oferi în acest caz, elemente legate de eventualele leziuni traumatice, fisuri, eschile, prezenţa de corpi străini sau existenţa unui hemosinus sfenoidal. Fanta sfenoidală sau gaura ovală pot apare lărgite.

Hipertensiunea intracraniană care apare secundar traumatismului determină la angiografie o lipsă de injectare a vaselor, sîngele fiind deviat prin catodia externă. Stopul circulator descris este în general reversibil, datorat mai des unui factor mecanic pur, prin hipertensiune intracraniană şi spasm.

Colapsul cerebral este frecvent asociat cu alte leziuni cerebrale, preexistente sau concomitente. Are o expresie angiografică înşelătoare şi una pneumografică particulară.

Angiografia arată, în colapsul localizat, o zonă pericerebrală avasculară, arterială şi venoasă superpozabilă aceleia a unui hematom subdural. Are însă o limită internă ondulată şi un pat inferior adîncit. In cazul colapsului întins se observă o zonă avasculară perihemisferică întinsă, cu limite denivelate spre versantul cerebral. Artera cerebrală anterioară nu este deviată, circulaţia este încetinită. Angiograma apare anormal de bogată, cu artere sinuoase şi cu injectarea teritoriului arterial sau a sistemului bazal.

Pneumoencefalografia fracţionată, cu tomografii

ale fosei posterioare, arată că aerul nu trece în sistemul ventricular din cauza colapsului. Spaţiile pericerebloase sînt dilatate.

Leziunile vasculare posttraumatice pot îmbrăca aspecte variate.

Spasmele vasculare la traumatizaţi sînt frecvente şi la apariţia lor participă unii factori predispozanţi, cum sînt arterioscleroza şi malformaţiile vasculare congenitale.

Trombozele sînt localizate la marile artere, carotida internă şi ramurile temporale ale arterei cerebrale medii.

Trombozele carotidiene pot apare după traumatisme intraorale, accidentale, în special la copii (Pitner), în unele cazuri de fracturi de stîncă cu îngustarea canalului carotidian (Arseni). Uneori, traumatismele atlo-axoidiene pot determina o tromboză a carotidei interne (New, Momse).

Arteriografia arată obstrucţie completă deasupra originii, îngustare a 1/3 medii, cu neregularităţi ale intimei.

Din cele expuse se poate conchide că în urgenţele medicale şi chirurgicale, consecutive traumatismelor cranio-cerebrale, examenul radiologic prezintă o importanţă deosebită, atît pentru precizarea diagnosticului, cît şi pentru orientarea atitudinii terapeutice.

Fiind un examen relativ simplu, lipsit de orice pericol, explorarea radiologică îşi lărgeşte continuu sfera de acţiune, fiind, practic, indicată în toate stările de urgenţă la care starea generală a bolnavului permite acest examen.

Examenul radiologic trebuie individualizat strict la caz, adaptat la domeniul particular pentru care sîntem consultaţi. Va fi un examen rapid, executat fără pierdere de timp şi fără deplasări inutile, un examen care să nu supună bolnavul unor manevre periculoase şi nejustificate.

Un asemenea examen solicită din partea radiologului ingeniozitate şi suplete în alegerea şi adoptarea unor tehnici şi procedee de explorare, care uneori, fiind efectuate rapid, scad din calităţile imaginii. Cu toate acestea, chiar în cazurile dificile, explorarea radiologică aduce lămuriri deosebit de concludente care permit clinicianului şi chirurgului să evite incertitudinea şi dubiile terapeutice.

Fără îndoială, în cele relatate pînă aici, am intenţionat să punctăm principalele posibilităţi şi să arătăm cîteva aspecte pe care le îmbracă, în momentul de faţă, radiodiagnosticul traumatismelor cranio-cerebrale. Am dorit astfel, să precizăm şi să sperăm că am reuşit să arătăm cît de multe date poate oferi clinicianului şi chirurgului examenul nostru şi prin aceasta să evidenţiem odată în plus, cît de importantă este, pentru patologia medicală, neuroradiologia.

Plecînd de la faptul că şi în asemenea situaţii responsabilitatea radiologului este foarte mare, iar improvizaţia este extrem de periculoasă, trebuie acordată mai multă atenţie pregătirii acestuia. Fără a vorbi de un personal medical supraspecializat, termenul fiind poate prea pretenţios, este necesar ca în cadrul pregătirii generale

a medicilor specialişti şi primari radiologi un loc aparte, şi poate nu cel mai puţin important, va trebui să fie rezervată problemelor de neuroradiologie.

Morbiditatea şi mortalitatea prin traumatisme cranio-cerebrale, în creştere de la an la an, impune dotarea cu aparatură specială pentru investigaţii neuro-radiologice (angiografe şi craniografe) a unor servicii de radiologie din oraşele mari sau din zone turistice cu importante aglomerări sezoniere.

Радиодиагностика черепно-мозговых травматизмов

Лект.А.И.Пэнэ, д-р О.Джеорджеску, д-р Л.Тимофте,
д-р Н.Симионеску, д-р Елена Петря

Благодаря увеличению числа акцидентов /несчастных случаев/ движения, болезненность по случаю черепно-мозговых травматизмов значительно увеличилась. Это положение заставляет совершить пересмотр и систематизацию методов радиологического диагностика, имея ввиду огромное значение радиологии в оценке повреждений, причиненные травматизмом.

При черепно-мозговом травматизме радиологу предоставляются три альтернативы.

Травматик в коматозном состоянии, у которого костные повреждения находятся на втором плане, и которому уделяются минимальные инвестигации. Раненому менее серьёзно, которому могут быть применены различные техники, и легко раненый, у

которого нужно иметь возможно более полное представление, которые не выполняются в этих главных рентгенограммах.

Переломы черепной коробки

Среди больших групп костей и костных ранений [illegible] переломам черепной коробки принадлежит первостепенное значение. Изучение характера переломов имеет большое значение для [illegible] и прогноза повреждений головного мозга.

Основные рентгенограммы являются : рентгенограммы в [illegible] ми и – в или в – П, рентгенограмма носом, затылком, [illegible], остальные рентгенограммы и при рентгенограмме прицельные.

По мере необходимости, будут использованы [illegible] в касательной линии для элементов основания, а также [illegible] граммы.

Всегда необходимо сделать сравнительный снимок [illegible] черепного отдела.

У детей переломы имеют особый вид, [illegible] и его развитие.

Развитие послетравматических [illegible] ниями /исчезновение у детей, часто наблюдаемое у взрослых/. В дифференциальной развития для перелома имеет большое значение радиологический симптом, также как и в [illegible] резких осложнений.

Повреждения содержания черепной коробки [illegible] на простой черепной рентгенограмме ; можно выявить при использовании воздушного контраста /пневмоэнцефалограмма/, водяной /артериограмма, флебограмма/ или при помощи [illegible] /сцинтиграмма и эхоэнцефалограмма/ за учение перелома.

Энцефалограмма и более всего сцинтиграмма, которые являются более или менее травматическими, дополняют общую

хорошо артериографии, которая при большом числе радиографий позволяет делать функциональные оценки.

Каждое травматическое изменение содержания черепной коробки /гематома, гидром и т.д./ может быть диагностировано при употреблении этих методов [illegible].

При травматизме костного в мозге, самым важным является радиологический анализ позвоночного столба.

Кардиореспираторные /дыхательные/ повреждения, которые могут появиться у серьёзно раненого, при интенсивном лечении, являются : отравлением лёгких "O_2" и лёгкий тип, чтобы ранее известных /отёк и кровавая мокрота/.

При травматических отравлениях, эти потрясения могут быть [illegible].

LE RADIODIAGNOSTIC DANS LES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX

Conf.Dr.I.Panã.Dr.O.Georgescu, Dr.D.Timofte,
Dr.S.Simionescu, Dr.Elena Petrea

CLINIQUE DE RADIOLOGIE L'HOPITAL COLTEA ET CLINIQUE DE NEUROLOGIE L'HOPITAL COLENTINA, BUCAREST

Les traumatismes crânio-cérébraux sont toujours en croissance a la cause de la grande fréquence des accidents de route et ceux ci nous imposent une brève révalorisation et une nouvelle systematisation des méthodes de diagnostic radiologique, concernant la grande importance de la radiologie dans le bilan lésional.

Exceptant les plaies couvertes, urgences chirurgi-

cales, qui ne font pas ici la question, pour un radiologue devant un traumatisé cranio-cérébral il y a trois alternatives: - le grand traumatisé comateux, dont les lésions osseuses sont secondaires et où l'on fait des investigations réduites, seulement orientatives; - le traumatisé moins grave, où l'on peut appliquer des techniques diverses et - traumatisme cranien mineur qui impose la recherche des eventuelles modifications osseuses qu'on peut pas généralement démontrér sur les 5 clichées fundamentales.

Les fractures du crâne. Si la commotion cérébrale n'est pas toujours associée avec des lésion osseuses du crâne, il y a toutefois un certain rapport de proportionalité directe. Il y a des fractures significative pour le diagnostic (le trajet de fracture sur le sillon de l'artère meningée moyenne) ou pour le prognostic (les fractures des sinus frontaux ou de l'éthmoide) de la lésion cérébrale. Il y a aussi des problèmes médico-légaux en ce qui concerne un ancien trajet de fracture chez un traumatisé légar.

En tout cas on fait tout d'abord 5 radiographies, dites de base,(une incidénce antéro-postérieure ou postéroantérieure, selon le cas, une oblique de face, la base et le profil de droite et de gauche). Par rapport aux nécéssités du diagnostic et en corrélation avec les signes cliniques, on fera d'autres incidénces, aussi des incidénces trangentielles et des tomographies pour la vôute du crâne, et ainsi que des incidences spéciales régionales pour les structures de la base. On n'oubliera jamais l'examen minutieux de la colonne cérvicale supérieure surtout en cas d'accidents de route.

Le diagnostic radiologique suppose une très bonne connaissance de l'anatomie et des variantes du crâne normal.

Les fractures du nouveau-né, dues au forceps et aussi celles intra-utérines (pendant l'accouchement) ont une simptomatologie neurologique assez discrète, avec des trajets de fracture rectilignes et une tendance au diastasis.

L'évolution radiologique d'un trajet de fracture est assez variable: disparition (chez l'efant), la persistence (quelquefois chez l'adulte, très fréquent chez les agées). L'osteopathie posttraumatique (la lise osseuse, condensation atrophique, hipérostose, osteopathie posttraumatique mixte, des kistes osseuses, déformation du crane).

L'examen radiologique a une grande importance dans la surveillance de l'évolution et dans le diagnostic de certaines complications: infectieuses (ostéites, otomastoidites, abces cérébral, ganréne gasseuse fulminante), l'emphiséme sous-cutanné, le céphalhématome, le céphalhydrocele, du sinus péricranien, des fistules avec liquide céphalo-rachidien, des pneumocéphalies post-traumatiques, fractures craniennes progressives de l'enfant,et aussi de complications tumorales (le cholésteatome le mucocéle intrasinusal, et kistes osseuses).

Les lésions de l'éncéphale suppossées par le bilan radiologique des radiographies du crâne osseux dévient évidentes par l'utilisation d'une substance de contraste gazeuse (pneumoéncéphalographie ou ventriculogra-

phie) ou iodée (pour les vaisseaux cérébrales - l'artériographie ou la phlébographie), et aussi par de nouvelles méthodes (la scintigraphie et l'echoéncéphalographie) pour l'étude directe du cerveau. Toutes ces méthodes sont complémentaires et on peut dire que l'echoéncéphalographie et surtout la scintigraphie, qui sont en même temps les moins dangereuses, complètent parfaitement L'artériographie (qui avec une grande fréquence des séquences permet des appréciations fonctionnelles).

Les traumatismes des nerfs craniens sont facilement identifiables par la découverte d'une lésion osseuse sur sont trajet.

Le hématome extradural peut être observé dans les fractures du crâne (presque toujours), modification de la position de la glande pinéale et signes echoéncéphalographiques.

Le hématome sousdural donne la déviation latérale de la glande pinéale; à l'arteriographie on peut evidencier une espace sans vascularisation, modifications de la position des vaisseaux de la ligne médiane et à l'occasion de l'éncéphalographie un croissant pneumatique et dilatation du ventricule latéral opposé. L'echoéncéphalographie peut montrer des déviations des structures médianes et la scintigraphie une zone muette.

Le hématome intracérébral se caractérise par une région sans vascularisation, expansion régionale, et on peut voir quelquefois des malformations vasculaires.

Les hydromes montrent des signes osseux lesionels

anciennes et de hématome sous dural a l'artériographie.

Toutes ces méthodes d'investigation nous permettent d'établir le diagnostic radiologique dans les autres lésions crâniennes aussi.

On n'oubliera jamais les thromboses artérielles (d'apparition tardive ou après traumatismes mineurs), veineuse et les communications artério-veineuse posttraumatiques.

En ce qui concerne la moelle épinnière, l'examen de la colonne vértebrale sulfit.

Les lésions cardiopulmonaires peuvent survenit chez les traumatisés comateux dans un sérvice de réanimation. Ce péril nous impose une étroite surveillance radiologique pulmonaire. On peut observer ainsi:

- le chac pulmonaire caracterisé par une insuffisance respiratoire aigue et l'apparition quelques jours après de certaines modifications pulmonaires interpretées habituelement comme modifications d'oedème pulmonaire aigu, pneumopathie, aspiration;

- l'intoxication pulmonaire avec O_2 dont les modifications radiologique qui paraissent 60-72 heures après l'administration de la réspiration artificielle avec oxigène très concentré ou pur; les modifications radiologiques sont superposables aux aspects de l'oedème pulmonaire aigu;

- l'oedème pulmonaire aigu et les infections pulmonaires ont les caractères habituels.

Dans les cas avancés ces lésions peuvent s'associer entre elles.

DIAGNOSTICUL IN URGENTELE TORACO-PULMONARE

Conf.Dr.Fl.Barcan, Dr.A.Stan, Dr.P.Bărbuneanu

Clinica de Ftiziologie-Bucureşti

Urgenţele în sfera aparatului respirator constituie eventualităţi în care medicul este pus în situaţia de a lua o hotărîre terapeutică imediată impusă de simptomatologia alarmantă a bolnavului, de starea psihică a acestuia (unele simptome îl impresionează pe bolnav şi familie într-un mod deosebit - cum este hemoptizia, mai ales la prima apariţie), de posibilităţile de evoluţie a bolii; după apariţia acestui episod, de complicaţiile care pot apare, precum şi de pronosticul bolii care poate fi schimbat total în urma unui accident grav - hemoptizie masivă, pneumotorax masiv etc.

Urgenţele pot fi diferenţiate după gravitatea lor în:

- urgenţe majore, cînd intervenţia trebuie să fie promptă şi eroică; aşa cum se întîmplă în cazul emfizemului malformativ gigant la nou născut, în hemoptizii masive, în pneumotorax cu ventil, obstrucţie bronşică prin corp străin inhalat etc.;

- urgenţe minore, manifestări respiratorii de importanţă minoră care înspăimîntă bolnavul, mai ales cînd apar pentru prima dată, aşa cum sînt primele crize de astm bronşic, hemoptizii mici în bronşiectazii hemoragice, junghiuri toracice în pneumotoraxul spontan sau în embolille pulmonare.

Diagnosticul de cauzalitate a majorităţii cazu-

rilor ce se prezintă ca urgenţe este stabilit clinic prin simptomatologia oarecum patognomonică, examenul radiologic avînd menirea de a confirma supoziţia diagnostică şi de a preciza gradul de întindere a leziunii sau importanţa acesteia.

Există însă cazuri numeroase cînd radiologului îi revine sarcina de a explica modificarea ce a dat naştere simptomului care a determinat urgenţa.

De asemenea, radiologului îi revine sarcina de a preciza modificările ce se instalează după rezolvarea accidentului precum şi a complicaţiilor ce eventual pot apare.

Rezultatul investigaţiei radiologice poate hotărî şi atitudinea terapeutică, radiologul putînd face categorisirea urgenţelor în:

- urgenţe medicale, în care terapeutica este pur medicală, iar atitudinea în continuare este de expectativă şi

- urgenţe chirurgicale, în care intervenţia chirurgicală este obligatorie şi imediată, de precocitatea ei depinzînd rezolvarea cazului cît şi prognosticul bolnavului.

Urgenţele toraco-pulmonare mai au un caracter important de care trebuie să se ţină seama: multe procese patologice evoluează cu aspect subacut sau cronic, unele din ele putînd trece neobservate, neavînd simptomatologie clinică sau aceasta fiind de minimă importanţă, diagnosticul punîndu-se cu ocazia unui examen radiologic de rutină sau de depistare în masă. Intr-un moment dat, prin evoluţia procesului sau prin complicaţiile realizate pe

elementele anatomice învecinate, se produc accidente uneori extrem de grave sau care schimbă total aspectele bolii.

Pot fi citate complicaţii ca: hemoptizii majore prin ulcerarea unui vas mai mare de către un proces inflamator specific sau nespecific, diseminări de scolexi, după ruperea unui chist hidatic cu retenţie de membrană, pneumotorax spontan cu supapă prin ruperea unei bule de enfizem subcorticale etc., complicaţii care devin elementul principal pe tabloul patologic, maladia de bază trecînd pentru momentul respectiv pe planul al doilea.

Datoria medicului şi mai ales a radiologului în acest caz este de a explica simptomul care a determinat urgenţa, totodată să recunoască şi cauza care a dat naştere simptomului respectiv, pentru a se putea preveni pe mai tîrziu instalarea unui alt episod acut care să constituie urgenţa.

Ţinînd seama de cele de mai sus, categorisirea urgenţelor în sfera aparatului respirator trebuie să se facă în primul rînd după simptomul major clinic pe care îl prezintă bolnavul rămînînd ca mai apoi să facă şi o categorisire după substratul marfologic şi după cauza instalării acestor procese.

I. DISPNEEA

Cu aspect major, acut, ce survine brusc şi în plină sănătate aparentă, atrage atenţia bolnavului, iar cînd aceasta devine incomodă obligă bolnavul să se prezinte la medic. Desigur că dispneea este însoţită şi de alte simptome clinice, dar acestea au un caracter secundar, de însoţire.

Diagnosticul diferă după vîrsta bolnavului.

A. La un nou născut, în primele zile după naştere poate surveni o dispnee marcată, care devine din ce în ce mai acută, apar fenomene de asfixie şi copilul moare dacă nu se intervine de urgenţă. Diagnosticul este medical, ţinînd seama de aspectul caracteristic al procesului, fiind vorba de un emfizem malformativ gigant, examenul radiologic confirmînd diagnosticul şi precizînd importanţa modificărilor.

a) Emfizemul malformativ gigant, maladie congenitală, recunoaşte ca substrat morfologic lipsa unor cartilagii bronşice, repliuri de mucoasă bronşică, malformaţii de structură bronşică care realizează un proces de supapă expiratorie provocînd o hiperinflaţie în teritoriul pulmonar deservit de bronşia respectivă. Aerul pătrunde cu uşurinţă în plămîn unde se acumulează, neputînd să fie evacuat datorită obstrucţiei produse de către ventilul respectiv. Teritoriul hiperinflat (segment, lob, plămîn), se destinde continuu colabînd restul de plămîn învecinat, apoi distensia se manifestă pe mediastin pe care îl deplasează spre hemitoracele sănătos. Această colabare a plămînului învecinat, a plămînului congener, precum şi tulburările circulatorii realizate prin deplasarea mediastinului şi compresiunea cavelor cu tulburări hemodinamice în circulaţia de întoarcere, vor provoca o dispnee marcată, fenomene de anexie şi moartea prin asfixie. Atitudinea terapeutică este chirurgicală: rezecţia teritoriului deservit de bronşia cu ventil, după care se produce reexpansiunea plămînului învecinat şi revenirea mediastinului în poziţie normală.

Radiologic imaginea este caracteristică: în hemi-

toracele corespunzător procesului patologic se constituie o hipertransparenţă difuză pe întreg hemitoracele, teritoriile învecinate fiind colabate într-un grad atît de mare încît ele devin nişte benzi opace subţiri ce se confundă cu opacitatea mediastinului sau a hemidiafragmului. Fenomenele de distensie sînt prezente într-un grad cu atît mai important cu cît procesul este mai vechi (vechimea procesului fiind considerată în această situaţie în zile sau chiar ore). Se recunoaşte o creştere a diametrelor hemitoracelui respectiv, cu lărgirea spaţiilor intercostale, orizontalizarea coastelor, coborîrea hemidiafragmului cu limitarea pînă la abolirea mişcării acestuia, deplasarea mediastinului spre hemitoracele sănătos, hilul pulmonar este împins spre mediastin cu care se confundă.

In hemitoracele congener se constată o scădere a transparenţei pulmonare printr-um proces de colabare, cît şi prin creşterea diametrului vascular datorită unei hipercirculaţii pulmonare compensatorii.

b) <u>Traiect aberant al arterei pulmonare stîngi</u>, de asemenea malformaţie congenitală care recunoaşte o malpoziţie a arterei pulmonare stîngi, care înainte de a ajunge la hilul pulmonar trece în inel anterior, lateral şi posterior bronşiei primitive drepte, realizînd o compresie la nivelul acesteia. Compresiunea respectivă produce un proces de stenoză bronşică, precum şi un proces de atrofie a pereţilor bronşiei primitive care realizează un ventil expirator. Fenomenul de ventil este mai accentuat cînd copilul este în ortostatism şi scade sau dispare cînd copilul este culcat. Se manifestă din primele zile de viaţă,

cu o simptomatologie asemănătoare cu a emfizemului malformativ gigant însă în intensitate mai mică. Un semn clinic caracteristic este acela că dispneea şi cianoza accentuată apar cînd copilul este aşezat în ortostatism datorită faptului că greutatea plămînului trage pe bronşie şi măreşte gradul de obstrucţie. Fenomenele se accentuează cu timpul, luînd alura de urgenţă.

Terapia este chirurgicală, cu degajarea bronşiei primitive respective, rezecţia segmentului bronşic afectat şi anastomoză a capetelor sănătoase. In cazul în care nu se intervine, survine exitusul.

Radiologic aspectul este asemănător cu a precedentei, cu hipertransparenţa difuză a unui hemitorace, fenomene de distensie a organelor învecinate (grilaj costal, hemidiafragm, mediastin, amprentă la nivelul peretelui esofagului dată de compresiunea venei aberante), plămînul congener mai opac decît normal într-un proces de compensare circulatorie. Aspect caracteristic este că fenomenele radiologice descrise cel puţin în primele zile scad în intensitate sau dispar în decubit.

B. <u>La copilul mic</u>, dispneea apare ca simptom de urgenţă respiratorie în special în bolile infecţioase ale traiectului respirator superior-anginа, laringita, angine difterice care se manifestă sub formă de crup, edeme sau spasme laringiene însoţite şi de cianoză, sufocaţie etc.

De aceste procese nu ne vom ocupa neavînd un răsunet radiologic, ele fiind de domeniul exclusiv al medicului pediatru.

Procese destul de des întîlnite la această vîrs-

tă sînt însă cele datorite:

a) inhalării de corpi străini. Este cunoscut faptul că la această vîrstă copiii introduc în gură diverse obiecte cu care se joacă (cîle, semințe etc.), gumă de mestecat, alimente incomplet masticate pe care le uită, iar într-un moment de neatenție cînd sînt absorbiți de joacă fac un gest de inspirație mai accentuat antrenînd în traiectul bronșic obiectul respectiv. Obiectul poate fi de asemenea înghițit și printr-un proces spastic să rămînă în esofag. Urmează chinte de tuse supărătoare, apoi în funcție de gradul bronșiei obstruate sau a fenomenelor bronhospastice suprasdăugate apare dispneea cu caracter major, cianoză și chiar sufocare cînd obiectul este inhalat. sau durerea, disfagia cînd obiectul este înghițit. Diagnosticul este pus de anamneză, dar radiologului i se cere să precizeze locul unde se găsește corpul strain inhalat, teritoriul pulmonar interesat, precum și gradul de tulburări ventilatorii realizate (atelectazie, hiperinflație etc.). Toate aceste elemente precizate, terapia cade în sarcina ORL-istului care trebuie să-l extragă.

Imaginea radiologică diferă după cum obiectul a fost inhalat sau înghițit, dacă acesta este radioopac sau nu și în cazul inhalării dacă realizează o obstrucție totală sau parțială.

În cazul în care obiectul este inhalat și este radioopac, va fi pus în evidență radioscopic și i se va preciza poziția. În cazul în care nu este opac, localizarea se va face ținînd seama de procesele secundare realizate

de obstrucţie (atelectazie, hiperinflaţie). Gradul de obstrucţie va fi stabilit prin manifestările teritoriului pulmonar tributar bronşiei obstruate, astfel în obstrucţia totală se va instala destul de precoce un proces de atelectazie, în obstrucţia parţială teritoriul pulmonar respectiv nu va fi afectat sau va prezenta un proces de hiperinflaţie cînd se instalează un fenomen de ventil expirator. Bronhografia aduce relaţii suplimentare mai ales cînd obiectul inhalat este radiotransparent.

Cînd corpul este înghiţit şi este radioopac el va fi pus în evidenţă radioscopic pe traseul respectiv al esofagului, investigaţia trebuind să fie completată şi de un tranzit baritat care precizează situaţia esofagiană pe de o parte, iar pe de altă parte existenţa corpului străin atunci cînd nu este radioopac.

Un proces mai dramatic în care examenul radiologic pune în evidenţă rezultatele tardive este esofagita postcaustică. In primele momente după ingerarea de caustice, urgenţa este pur medicală, diagnosticul fiind pus prin anamneză. După un timp îndelungat cînd procesul se cicatrizează, se instalează tabloul radiologic de esofag post caustic care nu mai este urgenţă şi deci nu face obiectul prezentului raport.

b) <u>Stafilococia pulmonară</u>, proces inflamator acut poate deveni urgenţă în momentul în care survin unele complicaţii.

In stafilococia pulmonară apar multiple elemente cavitare, unele cu substrat necrotic, altele fugace, recunoscînd procese de suflaj prin ventil expirator bronşic,

precum şi empieme pleurale. Evoluţia acestui proces este acută, examenul radiologic fiind necesar diagnosticului şi urmaririi evoluţiei.

Există cazuri, destul de frecvente, cînd se produc fenomene secundare, complicaţii care transformă cazul intr-o urgenţă, instalîndu-se cu precădere dispneea şi cianoza.

Este vorba în special de pneumotoraxul spontan care se poate instala prin ruperea unei bule subcorticale cu realizarea unui pneumotorax cu lichid, masiv, cu fenomene accentuate de distensie, deplasare a mediastinului, fenomene ce necesită o intervenţie medico-chirurgicală de urgenţă tinzînd la exsuflarea pneumotoraxului.

Radiologic se va constata că pe lîngă aspectul de stafilococie cunoscut anterior apare şi un pneumotorax masiv cu lichid, cu mediastin deplasat şi hemitorace cu dismetrele crescute.

C. La vîrsta adultă, cu precadere, urgenţele toraco-pulmonare îmbraca un caracter diferit de cele ale vîrstei copilăriei, ele reprezentînd în special complicaţii ale unor maladii de cele mai multe ori cronice, cunoscute.

Urgenţele care se manifestă cu simptom clinic major reprezentat de dispnee sînt:

a) astmul bronşic;

b) edemul pulmonar acut;

c) emfizemul interstiţial

a) Astmul bronşic, maladie cronică pe care pacientul şi-o cunoaşte. In perioada cînd apare criza datorită bronhospasmului pacientul îşi administrează drogurile ce-i stau

la îndemînă, lizîndu-şi într-un timp mai mult sau mai puţin scurt.

Criza de astm bronşic reprezintă urgenţă atunci cînd se instalează pentru prima dată şi mai ales cînd manifestările clinice şi dispneea sînt majore, aşa cum se poate întîmpla la instalarea unui proces alergic cu manifestare astmatică.

Examenul radiologic poate fi revelator atunci cînd se execută funcţional şi farmacodinamic.

In criza de astm bronşic datorită unui proces de bronhospasm, imaginea radiologică va fi reprezentată static de elemente de hiperinflaţie pulmonară cu cele două simptome majore: hipertransparenţa şi fenomene de distensie. Examenul radiologic funcţional va evidenţia însă o reducere a mişcărilor hemidiafragmelor (radioscopie) un proces de "air trapping" reprezentat prin lipsa de opacifiere a spaţiilor transparente retrocardiac şi retrosternal (de profil) în expir forţat, coloanele de pe digrafia pulmonară în inspir şi expir forţat asemănătoare cu transparenţa, hemidiafragmele în cele două situaţii cu deplasare minimă, dar pe chimogramia diafragmatică în inspir forţat unda de ascensiune mică şi cu mişcare paradoxală. După administrarea de bronhodilatatoare (Novodrin, Alupent), aspectul radiologic funcţional revine la normal sau se ameliorează în funcţie şi de fenomenele de bronşită cronică suprasdăugate.

b) <u>Edemul pulmonar acut</u>, la cardiaci, în caz de inhalare accidentală de gaze sau vapori iritanţi etc., reprezintă o urgenţă medicală majoră care în majoritatea cazurilor

este diagnosticată clinic, examenul radiologic confirmînd diagnosticul şi precizînd importanţa modificărilor.

În marea majoritate a cazurilor, survenind la valvulopatii care îşi cunosc afecţiunea, se instalează datorită unor cauze ce antrenează insuficienţa cardiacă, cu fenomene de stază în mica circulaţie şi transudat alveolar.

Imaginea radiologică are o dinamică foarte vie în funcţie de momentul în care este examinat bolnavul.

În primele momente după instalarea procesului şi uneori chiar cu caracter prodromic, se constată accentuarea imaginii hilare care devine cu dimensiuni şi opacitate crescută (hil în rîuture). După scurt timp se constată creşterea dimensiunilor ramurilor arteriale, iar hilurile iau un aspect de stază, amputate, în deget de mănuşă. Şi acest aspect este de scurtă durată pentru că imediat apare alveolita exudativă (cu transudat) şi edemul interstiţial care realizează apariţia a multiple opacităţi punctiforme, micronodulare şi nodulare, de intensitate subcostală, cu contur şters, cu tendinţa la confluare, predominant în jumătăţile inferioare ale cîmpurilor pulmonare, realizînd pînă la sfîrşit opacităţi întinse, neomogene, bilateral pe un fond de desen pulmonar întărit. De foarte multe ori şi tabloul se complică cu instalarea unui revărsat pleural bilateral, mai rar numai în dreapta. Aspectul radiologic pulmonar este completat şi de modificarea siluetei cardiace care apare crescută global de dimensiuni, cu aspect predominant mitral.

După tratamentul aplicat, în această ipostază eroică, imaginea radiologică tinde să se normalizeze, nodulii

devin din ce în ce mai mici, intensitatea opacităţii scade pînă la dispariţie, revărsatul pleural se resoarbe, iar aspectul desenului pulmonar şi a hilului revine la normal. Imaginea cardiacă îşi scade dimensiunile păstrîndu-şi totuşi silueta modificată.

c) Emfizemul interstiţial constituie o urgenţă majoră, bolnavul prezentîndu-se cu dispnee şi fenomene de sufocaţie extrem de accentuate.

Este o formă de emfizem în care o bulă se rupe în ţesutul interstiţial şi nu în cavitatea pleurală, aerul fuzează de-a lungul tecilor peribronhovasculare pînă la nivelul hilului, unde nu există barieră pleurală între ţesutul interstiţial ţi ţesutul conjunctiv mediastinal.

Aerul pătrunde în atmosfera celulo-grăsoasă a mediastinului, realizînd un pneumomediastin, apoi prin apertura superioară toracică pătrunde în ţesutul celulo-grăsos subcutanat şi între fascicolele musculare toracale realizînd un emfizem subcutanat. Datorită acestui emfizem subcutanat pereţii toracali apar infiltraţi şi crepitează la apăsare, lăsînd godeu, regiunea cervicală se îngroaşă mult datorită unei cantităţi de aer crescute acumulate sub epiteliul cutanat, aer ce comprimează laringele, realizînd senzaţia de sufocare. Starea generală a bolnavului devine din ce în ce mai rea, apar şi tulburări circulatorii, fapt ce-l obligă să se prezinte de urgenţă la medic. Atitudinea terapeutică este diferită, după importanţa fenomenelor. Se realizează butoniere cutanate prin care aerul din ţesutul subcutanat este evacuat, iar dacă fenomenele clinice cresc în intensitate se impune rezecţia bulei de emfizem.

Aspectul radiologic la început este mut sau necaracteristic, diagnosticul se poate pune la apariţia primului simptom caracteristic - pneumomediastinul - apoi se constată instalarea emfizemului subcutanat, cu imaginea caracteristică în evantai a muşchilor pectorali, realitată prin pătrunderea aerului printre fasciculele musculare. In cazul rupturii unei bule de emfizem în cavitatea pleurală se realizează tabloul clinic şi radiologic al unui pneumotorax spontan, de o gravitate mare, datorită bolii de fond: emfizemul pulmonar (bronchopneumopatia obstructivă).

II. HEMOPTIZIA

Simptom ce impresionează mult mai mult pe pacient şi familia acestuia mai ales cînd a apărut pentru prima dată, bolnavul considerînd-o drept un simptom mult mai important decît dispneea.

Hemoptiziile pot fi diferite după cantitatea lor.

Sînt hemoptizii masive cu eliminarea unei cantităţi de peste 500 ml, medii sau mici. Chiar sputele sanguinolente cînd apar pentru prima dată alertează bolnavul în cel mai înalt grad.

De cauze diferite, în majoritatea cazurilor fiind rezultatul unor procese necrotice pulmonare (caverne TBC, abcese pulmonare, cancere excavate), ele pot apare în bronşite acute printr-un proces de congestie masivă a mucoasei bronşice, în bronşiectazii uscate prin ruperea vaselor de neoformaţie de la nivelul mucoasei bronşice sau a anevrismelor Rasmussen, sau datorită unei discrazii san-

guine ce realizează o hemoragie în masă a vaselor bronşice etc.

Examenul radiologic trebuie să pună în evidenţă cauza apariţiei hemoptiziei pentru ca mai apoi să urmărească apariţia unor eventuale complicaţii (plămînul posthemoptoic).

a) In cazul cavernelor tuberculoase hemoptizia poate fi revelatoare, reprezentînd semnul de alarmă al unui proces TBC necunoscut.

Examenul radiologic pune in evidenţă un infiltrat tuberculos excavat care a constituit cauza declanşării hemoptiziei.

b) Abcesul pulmonar realizează hemoptizii mai tardive, după ce s-a produs vomica şi în acest caz diagnosticul de cauzalitate este cunoscut, examenul radiologic avînd ca scop decelarea unor complicaţii.

c) Cancerul pulmonar excavat sau uneori neexcavat poate fi revelat şi el de către hemoptizie ca şi infiltratul TBC, ţinînd seama de lipsa de simptome a acestui proces. Examenul radiologic va revela existenţa tumorii canceroase, mărimea ei, situaţia ei, precum şi celelalte caractere semiologice.

d) Si în cazul bronsiectaziei existenţa procesului este cunoscută de mult timp datorită semnelor clinice de supuraţie pulmonară, examenului radiologic revenindu-i sarcina de a elimina supoziţia altor cauze sau complicaţii care ar putea genera hemoptizia.

e) Hemoptiziile în cadrul hemosiderozelor constituţionale sau a endometriozelor pulmonare nu pot fi considerate ur-

gente, primele instalîndu-se din copilărie şi sînt însoţite de modificări micronodulare bilateral cu caracter fibros, cele din urmă avînd un caracter ciclic, catameniał.

Examenului radiologic îi revine însă sarcina de a urmări eventualele complicaţii posthemoptice.

Sîngele ce pătrunde dintr-un vas pulmonar rupt într-o bronşie este eliminat în mare parte afară, însă o cantitate mai mare sau mai mică, în funcţie de importanţa hemoragiei, cît şi de durata acesteia, este aspirat în bronşii pînă în bronţiolele terminale şi alveole, în inspiraţie. Aceste picături de sînge sînt eliminate în parte prin tuse reflexă, iar o parte rămîn cantonate la nivelul bronşiolelor, realizînd atelectazii lobulare, iar dacă procesul ce a produs hemoptizia a fost infecţios, şi focare bronhopneumonice infecţioase.

Aspectul radiologic al plămînului după o hemoptizie medie sau masivă este cel descris sub numele de "plămîn posthemoptic" şi prezintă numeroase opacităţii punctiforme, micronodulare şi nodulare, de intensitate predominant subcostală, cu contur difuz, omogene pe un fond de desen pulmonar întărit, cu contur şters (edem interstiţial reflex). Dinamica acestui aspect este diferită după cum s-a produs numai atelectazii lobulare ori s-au instalat şi procese bronhopneumonice. In prima eventalitate tabloul radiologic se va modifica precoce prin desobstruarea bronşiolelor prin eforturile depuse, în a doua eventualitate nodulii reprezentaţi de către atelectazie se vor resorbi, pe cînd cei reprezentaţi de procese bronhopneumonice vor rămîne în continuare îmbrăcînd dinamica radiologică a proce-

selor bronhopneumonice respective.

III. VOMICA

Simptom ce trece în general neobservat în majoritatea cazurilor mai ales cînd vomica este puţin însemnată cantitativ, poate reprezenta însă o urgenţă în cazul în care este în cantitate mare sau cînd este de natură parazitară.

a) In abcesul pulmonar mai ales gangrenos, vomica poate fi masivă depaşind 150-250 ml, uneori fetidă, fapt ce îngrijorează bolnavul şi-l determină să se prezinte la medic.

Examenul radiologic va trebui să pună în evidenţă leziunea sau leziunile ce au generat vomica şi mai ales să decelieze eventualele diseminări bronhopneumonice şi atelectazii lobulare determinate de aspiraţia unor mici picături de puroi eliminate prin vomică.

b) O urgenţă majoră medico-chirurgicală o constituie însă vomica realizată prin ruperea unui chist hidatic. Diagnosticul este medical, anamneza, caracterul lichidului din vomica elucidîndu-l.

Examenului radiologic îi revine sarcina de a constata dacă chistul a fost complet evacuat sau daca membrana proligeră a fost reţenţionată, binecunoscut fiind faptul că reţenţia de membrană într-un chist hidatic rupt constituie o urgenţă chirurgicală majoră, ţinîndu-se seama de posibilitatea diseminării de scolexi, precum şi de apariţia suppuraţiei pulmonare secundare.

IV. JUNGHIUL TORACIC

Simptom care poate reprezenta o urgenţă medico-

chirurgicală cînd este de intensitate mare şi mai ales cînd se instalează în stare de sănătate aparentă. Intensitatea junghiului poate fi extrem de mare ducînd uneori pînă la fenomene de insuficienţă respiratorie, fapt ce determină bolnavul să se prezinte la medic.

Junghiul de intensitate mare apărut fără vre-o cauză aparentă poate fi întîlnit în:

a) pneumotoraxul spontan;

b) infarctul pulmonar;

c) hernia intratoracică.

a) Pneumotoraxul spontan se instalează în plină sănătate aparentă cînd o bulă de emfizem cunoscută sau necunoscută se rupe în cavitatea pleurală. Durerea sub forma de junghiere un caracter major în hemitoracele interesat, însoţită de dispnee marcată, dispnee ce se accentuează cu timpul, pe măsură ce cantitatea de aer din cavitatea pleurală creşte, putînd apare fenomene de sufocaţie, cînd pneumotoraxul s-a constituit cu ventil.

Diagnosticul este medical, în hemitoracele respectiv instalîndu-se o hipersonoritate marcată.

Examenului radiologic îi revine sarcina de a confirma diagnosticul, dar mai ales de a sprecia amploarea fenomenelor, respectiv cantitatea de aer acumulată, existenţa eventuală a unei cantităţi de lichid, precum şi gradul fenomenelor de distensie, în special al deplasării mediastinului.

Se va constata existenţa unei hipertransparenţe în hemitoracele respectiv cu lipsa desenului pulmonar, plămînul colabat spre mediastin mai mult sau mai puţin, în

funcţie de cantitatea de aer cît şi de faptul dacă sînt prezente sau nu bride, aderenţe care să se opună procesului de colabare. Această simptomatologie se însoţeşte şi de fenomene de distensie reprezentate prin lărgirea spaţiilor intercostale, coborîrea diafragmului şi deplasarea mediastinului spre hemitoracele bolnav.

Examenul radiologic dinamic va putea diferenţia pneumotoraxul spontan deschis cu comunicare largă pleurală de cel cu supapă: pe cînd, în primul caz mediastinul se va deplasa în inspiraţie spre hemitoracele sănătos şi va reveni în expiraţie, iar hemidiafragmele vor avea acelaşi sens de deplasare, bineînţeles cu amplitudini diferite (cel din hemitoracele patologic cu amplitudine mult diminuată), în al doilea caz (pneumotorax cu supapă) mediastinul va prezenta o deplasare inversă - spre hemitoracele patologic în inspiraţie iar hemidiafragmele vor prezenta o mişcare în balanţă. Pneumotoraxul spontan poate să se complice cu apariţia unui lichid (hematic, purulent sau seros) care complică imaginea radiologică prin apariţia unui nivel orizontal, mobil de înălţime variabilă în funcţie de cantitatea de lichid existent.

b) <u>Infarctul pulmonar</u> rezultat al unei embolii pulmonare, atunci cînd are o simptomatologie clasică prezintă ca prim simptom revelator junghiul solemn, uneori atît de intens încît bolnavul are senzaţie de sufocare. De abia după circa 24 ore, va apare sputa hemoptică de culoare roşu-închis maroniu, cu cheaguri, dacă tabloul clinic este tipic.

Cînd teritoriul infarctizat este important şi

simptomatologia clinică şi în primul rînd junghiul este foarte intens, cazul devine o urgenţă.

Si în acest caz, anamneza şi examenul clinic care descoperă flebite, inflamaţii vasculare, fracturi ale oaselor lungi pot pune diagnosticul. Examenului radiologic şi de data aceasta îi revine sarcina de a confirma diagnosticul clinic şi de a preciza dimensiunile teritoriului infarctizat. In continuare va urmări evoluţia procesului care poate fi spre rezoluţie, fibroză sau excavare.

Imaginea radiologică diferă după răstimpul scurs de la instalarea primelor simptome clinice şi pînă la efectuarea ei.

In primele ore imaginea radiologică poate fi negativă, cel mult să se recunoască un voal discret, foarte greu de precizat ca localizare şi întindere cu baza spre grilajul costal. Cu timpul imaginea devine din ce în ce mai bine vizibilă şi în cazul cînd aspectul radiologic este clasic, se va constata o opacitate triunghiulară cu vîrful în hil de intensitate subcostală, cu contururi şterse, omogenă sau străbătută de imagini vasculare mai intens opace. La această imagine se poate adăuga şi o creştere a dimensiunilor şi intensităţii opacităţii hilului, care poate lua aspect de hil amputat.

In afara acestei imagini "clasice" infarctul poate să se prezinte sub forma unei opacităţi rotunjite, rotunde sau ovalare sau a multiple opacităţi nodulare cu aspect exsudativ, (atunci cînd vasele embolizate au fost de calibru mic).

c) Hernia intratoracică nu reprezintă în marea majoritate a

cazurilor o urgenţă. Ea se instalează ori insidios şi este descoperită la un examen de rutină (în special herniile hiatale sau uneori cele prin fanta lui Larrey) sau se instalează în urma unui traumatism (de cele mai multe ori prin plagi) cînd urgenţa este reprezentată de traumatism, hernia fiind doar o complicaţie însoţitoare.

Sînt însă cazuri (destul de rare) cînd după anumite eforturi se constituie hernii intratoracice transdiafragmatice care dau naştere la junghiuri extrem de intense, ce obligă bolnavul să se prezinte "de urgenţă" la medic.

Examenul radiologic este cel care precizează diagnosticul, stabilind locul, importanţa herniei şi eventual complicaţiile însoţitoare.

In cazul unei hernii a colonului printr-o fantă a hemidiafragmului stîng se va constata o imagine de transparenţă crescută cu haustre şi uneori cu nivele de lichid ce-şi modifică înălţimea uneori sub ecran, deasupra diafragmului care constituie un colet (diagnostic diferenţial cu relaxarea diafragmatică). Diagnosticul de precizie însă îl face irigoscopia care precizează prezenţa colonului în torace.

Herniile de mezenter printr-o fantă a hemidiafragmului drept sînt mai rare şi mai puţin zgomotoase, dar ele sînt semnalate în clinică. In cazul acestor hernii examenul radiologic pune în evidenţă o opacitate neregulată ce se situează la baza dreaptă, retrosternal sau uneori cantonată în interlobi.

Diagnosticul este destul de dificil şi este precizat doar după efectuarea unui pneumoperitoneu sau prin

toracotomie.

Pneumoperitoneul va preciza de asemenea dacă sacul herniar este integru, sau dacă este rupt atît el, cît şi foiţa pleurală parietală - în această ultimă situaţie, cînd se efectuează pneumoperitoneul se va instala şi un pneumotorax prin comunicarea celor două cavităţi.

x

x x

Un capitol extrem de important al urgenţelor toraco-pulmonare este cel reprezentat de traumatisme.

Frecvenţa traumatismelor toracice este în continuă creştere datorită multor factori, dintre care mai ales circulaţia rutieră şi industrializarea. Orice traumatism direct sau indirect la nivelul toracelui poate să pună în orice moment al evoluţiei după accident problema diagnosticului vital, ţinînd seama de lipsa de concordanţă între gradul leziunilor parietale şi intensitatea tulburărilor cardiorespiratorii.

Examenul radiologic trebuie să recunoască:

- organele şi ţesuturile traumatizate;
- importanţa leziunilor;
- întinderea leziunilor şi
- existenţa complicaţiilor, date ce pot stabili atitudinea terapeutică.

Problemele cele mai importante ca diagnostic radiologic sînt ridicate de următoarele aspecte:

- voletele toracice;
- revărsatele serohematice pleuropulmonare;
- rupturile arborelui bronşic;

- traumatismele cardio-pericardice.

A. Voletele costale. Orice asociere de leziuni costale sau sternocostale uni- sau bilaterale care întrerupe continuitatea şi suprimă rigiditatea peretelui toracic constituie un volet parietal toracic. Dacă soluţia de continuitate osoasă interesează unul sau ambele hemitorace, voletele pot fi unilaterale, bilaterale sau complexe.

1. Voletele unilaterale recunosc următoarele varietăţi:

a) voletele laterale şi anterolaterale ce se pot complica şi cu fracturi de claviculă şi impact intratoracic al umărului;

b) volete posterioare şi

c) semivolete anterolaterale.

2. Voletele bilaterale sternocostale anterioare, foarte des generate de accidente prin volanul autovehiculelor.

3. Volete complexe

a) volete anterioare şi laterale recunoscînd existenţa unui volet lateral de fiecare hemitorace ce delimitează un al treilea volet anterior sternocostal;

b) volete cu fărîmiţarea osoasă, cu pulverizare costală ce suprimă rigiditatea toracică într-o mare măsură.

Examenul radiologic trebuie să precizeze existenţa şi localizarea, dar mai ales aspectul voletului.

B. Revărsatele intratoracice posttraumatice. Trebuie depistate rapid clinic şi mai ales radiologic, ştiut fiind că ele generează, în majoritatea cazurilor, grave dezechilibre cardiorespiratorii.

- Revărsatele aeriene. Prezenţa de aer, la un traumatizat în pleură, mediastin sau în zonele subcuta-

nate, presupune existenţa unei soluţii de continuitate a căilor aeriene (alveole, bronşiole, bronşii).

- Pneumotoraxul traumatic poate fi de diferite grade, de la acumularea unei cantităţi mici, ce se poate resorbi în cîteva zile, pînă la acumulări sub presiune, compresive care colabează plămînul, duc la împingerea mediastinului de partea controlaterală (deplasarea mediastinală) impunînd metode terapeutice de urgenţă (puncţii evacuatoare, drenaje etc.). Pneumomediastinul şi mai ales pneumotoraxul traumatic sufocant sînt consecinţa unei comunicări largi bronşice (ruptură bronşică) sau a unui mecanism de supapă. Aerul care se acumulează în cavitatea pleurală şi în mediastin, fuzează, fie prin apertura superioară toracică spre baza gîtului, fie printr-o soluţie de continuitate parietală în ţesutul celular subcutanat, generînd emfizemul parietal care poate lua, în unele cazuri, aspecte monstruoase.

- Pneumomediastinul generează, în cazurile cînd este voluminos, pe lîngă fenomene de insuficienţă respiratorie prin compresiune pe conductele bronşice (şi mai ales pe porţiunea membranoasă a traheei), fenomene de compresiune pe vasele mari, mai cu seamă pe sistemul cav superior, ducînd la stază venoasă cu tulburări cardio-circulatorii importante.

- Revărsatele sanguine

Hemotoraxul se constituie prin acumularea de sînge în cavitatea pleurală consecutivă rănirii vaselor mici sau a unor viscere intratoracice. De foarte multe ori, există asocierea de pleuro-pneumotorace traumatic, în care rup-

turile parenchimului pulmonar pot fi minime sau întinse, refacerea rapidă a lichidului hemoragic după puncţie, indicînd o terapeutică activă, chirurgicală.

Hemotoraxul poate evolua fie către resorbţie, fie către o blocare a hemitoracelui cu sînge închegat sau, mai des, defibrinat, fie către o reacţie serofibrinoasă sau purulentă ulterioară.

Imaginea radiologică este aceea a unui revărsat lichidian în marea cavitate sau a unei imagini mixte hidroaerice, dacă în cavitatea pleurală a pătruns şi aer.

Hemomediastinul este infiltrarea difuză cu sînge a ţesutului conjunctiv mediastinal. Poate să se producă fie izolat (in care caz se bănuieşte ruptura sau fisura minimă a unui vas mare sau chiar fisură de aortă), fie că se produce asociat cu un hemotorax sau hemopericard.

El se însoţeşte, cînd este voluminos, de semne de compresiune mediastinală. Cu cît sindromul de compresiune mediastinală este mai precoce, cu atît gravitatea este mai mare.

Urmărirea atentă a evoluţiei radiologice a acestui hemomediastin dă indicaţii precise asupra oportunităţii indicaţiilor chirurgicale, în aceste cazuri fiind vorba fie de fisuri ale aortei, fie de rupturi ale unor vene mediastinale.

Hemopericardul se constituie prin acumularea de sînge în interiorul sacului pericardic. Sîngele adunat poate proveni fie din leziuni ale pereţilor cordului (de obicei leziuni striale), fie din vasele pericardice.

Se poate instala un hemopericard compresiv ce dă

naştere fenomenului de "tamponadă cardiacă" cu insuficienţă hipodiastolică secundară prin compresiune cardiacă.

Orientarea radiologică este hotărîtoare, puncţia cardiacă-salvatoare.

- Revărsatele chiloase (chilotoraxul posttraumatic) este destul de rar întîlnit. Este consecinţa unei leziuni traumatice a canalului toracic şi constituie o problemă dificilă de diagnostic diferenţial în cazul traumatismelor toracice. Dacă după repetate puncţii, lichidul se reface, are aspect opalescent, se va suspecta un chilotorax traumatic, orientîndu-seinvestigaţiile în vederea precizării acestui diagnostic.

Examenul radiologic va preciza existenţa şi mai ales gradul acestei complicaţii.

C. Rupturile arborelui traheo-bronşic.

Rupturile parenchimului pulmonar şi a unor bronşii mici sînt observate în traumatismele toracice violente, fie ca urmare a unei plăgi printr-o coastă fracturată, fie ca urmare a unei hiperpresiuni intrapulmonare foarte mari care se produce în momentul compresiunii plămînului între coloana vertebrală şi grilajul sterno-costal, în timpul traumatismului. Se produce o seroragie de intensitate variabilă, asociată cu hemoragie de asemenea variabilă, generînd hemopneumotoracele traumatic cu consecinţele sale: emfizem subcutanat de intensitate variabilă, emfizem mediastinal, insuficienţă cardiorespiratorie prin efectele mecanice, compresive, asupra complexului cardio-vascular şi mediastinal.

- Rupturile traheo-bronşice pot interesa tra-

bees, bronşiile principale, lobare sau segmentare. Sînt urmarea unor traumatisme toracice violente, însoţindu-se de pneumotorax şi pneumomediastin de intensitate mare, ce impune tratament chirurgical imediat. Examenul bronhoscopic este obligatoriu.

In alte cazuri, rupturile bronşice pot evolua fără semne alarmante, ele fiind descoperite tardiv prin aspectele radiologice de atelectazie şi obiectivizate prin bronhoscopie şi bronhografie.

Reperarea de urgenţă a acestor rupturi bronşice prin operaţii economice de tipul bronhoanastomozelor, reprezintă o achiziţie recentă foarte valoroasă a chirurgiei conservatoare a arborelui traheo-bronşic.

In unele cazuri, rupturi mici ale traheei, cu contuzia esofagului (strivite pe coloana vertebrală) poate conduce la formarea unei fistule traheo-esofagiene posttraumatice.

Traumatismele cardio-pericardice sînt destul de frecvente şi de gravitate maximă. Generează hemopericard (uneori cu tamponadă cardiacă) şi hemopneumotorax sau numai hemotorax.

Leziunile esofagului. Esofagul este mai rar sediul unor leziuni traumatice, lezarea sa este de o excepţională gravitate, ducînd la fenomene de mediastinită septică şi pleurezie purulentă, atunci cînd leziunea nu este cunoscută şi tratată chirurgical în primele 24 ore.

Mai frecvent sînt leziunile esofagului, ca urmare a extragerii de corpi străini cu perforaţie esofagiană şi mediastinită consecutivă.

Traumatismele diafragmului. Lezarea diafragmului cu ocazia unui traumatismtoracic, este destul de frecvent întîlnită azi. Ca şi în plăgile toraco-abdominale, soluţia de continuitate la nivelul diafragmului, poate fi de diferite dimensiuni şi poate să genereze herniile diafragmatice posttraumatice ce se pot instala rapid, se pot strangula precoce, sau pot apare tardiv, după un interval de timp variabil.

Ranirile diafragmului, sînt întîlnite rar în timp de pace, fiind consecutive plăgilor penetrante abdomino-toracice sau toraco-abdominale. Foarte rare sînt ranirile diafragmului prin fragmente de coaste în traumatismele toracice.

La apariţia herniilor traumatice, pe lîngă bresa diafragmatică (soluţia de continuitate) care are tendinţa să rămînă deschisă, mai contribuie:

- aspiraţia toracică prin presiunea negativă pleurală;

- presiunea pozitivă abdominală care poate fi mărită prin colecţiile aeriene şi sanguine.

Organele herniate pot fi: colonul transvers, stomacul, epiplomul, splina, anse subţiri etc.

Complicaţia cea mai redutabilă este hernia diafragmatică strangulată posttraumatică. Această complicaţie poate fi precoce, imediat după traumatism (rar), mai frecvent tardivă. Este realizat aspectul clasic al ocluziilor înalte în cazul strangulării stomacului. Diagnosticul trebuie să ţină seama de contextul clinic şi de anomaliile radiologice, impunînd operaţia de urgenţă.

x

x x

In sfîrşit, un ultim capitol care este de o importanţă deosebită pentru diagnosticul vital, reprezentînd o urgenţă majoră este acel al complicaţiilor tor-co-pulmonare post-operatorii. Se referă în special la trei complicaţii extrem de grave care trebuie diagnosticate în cel mai scurt timp şi luate măsurile terapeutice cele mai eroice şi anume:

a) diseminările bronhopneumonice;

b) atelectaziile;

c) cavităţile pleurale reziduale.

a) Diseminările bronhopneumonice se instalează după intervenţii în sfera faringo-laringiană, pulmonară şi mai ales a tractusului digestiv. Calea de diseminare este cea aeriană, hematogenă sau limfatică, realizînd în final focare bronhopneumonice diseminate în ambele cîmpuri pulmonare cu un tablou clinic acut care poate să pună în pericol viaţa bolnavului.

Imaginea radiologică va trebui să pună în evidenţă existenţa procesului, extinderea lui şi mai ales dinamica lui în timp, urmărirea imaginii efectuîndu-se uneori odată pe zi, sau chiar mai des.

Vor fi puse în evidenţă opacităţi micronodulare şi nodulare diseminate în ambele cîmpuri pulmonare cu caracter exsudativ, cu tendinţă la confluare şi chiar la ulcerare, toate pe un fond de desen pulmonar întărit şi hiluri de stază, uneori amputate. Diferenţierea trebuie făcută cu plămînul de stază, imaginea fiind foarte asemă-

nătoare.

b) Atelectaziile pulmonare printr-un proces de obstrucţie realizat de secreţii bronşice în cantitate mult crescută datorită unui fenomen de iritaţie post-anestezie, precum şi printr-un proces reflex care realizează o obstrucţie în sectorul bronşiilor de calibru mic.

Aceste modificări trec în majoritatea cazurilor neobservate clinic, teritoriile obstruate fiind de mică importanţă. Aici trebuie semnalată în special atelectazia discoidală Fleischner după intervenţiile pe torace şi abdomen.

Există cazuri de obstrucţie a unor bronşii de calibru mai mare cu interesarea unui teritoriu important (segment, lob, sau chiar plămîn), cu realizarea unor modificări clinice zgomotoase, care pot chiar pune problema viabilităţii bolnavului. In acest caz dezobstruarea prin aspiraţie bronşică este absolut necesară, intervenţia respectivă constituind o urgenţă majoră.

Aspectul radiologic este acela clasic de atelectazie cu opacitate şi fenomene de retracţie pe un teritoriu sistematizat în obstrucţia bronşiilor mari sau de opacităţi micronodulare şi nodulare dificil de diferenţiat de noduliii bronho-pneumonici în cazul atelectaziilor lobulare.

c) <u>Cavităţile pleurale reziduale</u> după rezecţii pulmonare, mai ales prin fistule bronşice în rezecţiile atipice, pot constitui urgenţe majore cînd cantitatea de aer este mare şi mai ales cînd această cantitate creşte permanent. Constituindu-se o urgenţă majoră se impune intervenţia chirurgicală pentru exuflarea acestei cavităţi.

Imaginea radiologică este cea a unui pneumotorax cu hipertransparență și fenomene de distensie.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПРИ ТОРАКО-ПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ЭКСТРЕННОСТЯХ

Доп.д-р Кл.Баркан, д-р А.Стан, д-р П.Бэрбуняну

Физиологическая клиника

Бухарест

Экстренности в области дыхательного аппарата составляют возможности, при которых необходимо назначать немедленно лечение, чтобы спасти жизнь больного или предотвратить появлению некоторых осложнений, иногда очень тяжелых.

По виду необходимого лечения известны медицинские и хирургические экстренности. Существуют случаи когда они вызваны осложнением патологического процесса, являющегося важным фактором, которчи нужно принимать во внимание.

По своей симптоматологии экстренности могут быть распределены следующим образом:

1. Одышка встречается при мальформативной гигантской эмфиземе, аберрантном тракте левой легочной артерии у новорожденных, при ингаляции инородного тела, стафилококии легких у детей, бронхиальной астме, остром отёке легких, интерстициальной эмфиземе у взрослых.

2. Кровохарканье появляется при изъязвлениях, вызванных туберкулезной каверной, абсцессе лёгкого, раке легкого, бронхоэктазиях и т.д. Важно наблюдать за рентгеновским аспектом лёгкого после кровохарканья.

3. Рвота наблюдается при легочных нагноениях и прорывании эхинококка легких.

4. Боль в груди сопровождает спонтанный пневмоторакс, инфаркт лёгкого и внутригрудную грыжу.

Травмы грудной клети могут осложниться переломом ребер, внутригрудным выпотеванием, разрывом трахео-бронхиального дерева, поражением пищевода, сердечно-перикардиальные и диафрагмальными травмами.

Наконец, изучены послеоперационные дыхательные экстренности, представленные бронхолегочными диссеминациями, ателектазами и остаточными плевральными полостями.

Рентгеновскому исследованию принадлежит задача распознать повреждение, его распространенность и значение, направлять до некоторой степени лечение и следить за динамикой во времени.

RADIODIAGNOSIS IN THORACO-PULMONARY EMERGENCIES

Assistant-professor Fl.Marcan, A. Stan, P.Bărbuneanu
Clinic of Tuberculosis - Bucharest

Emergencies of the respiratory apparatus require an immediate treatment in order to save the patient's life or to prevent the occurrence of complications which are sometimes extremely severe.

There are medical and surgical emergencies accordind to the necessary treatments. The emergency could also be represented by a pathologic-process complication, since the main factor to be considered is the complication

in itself.

According to their major symtoms emergencies can be classified as follows:

1. Dyspnea - met with in case of giant malformative emphysema, aberrant left-pulmonary artery in newborn, inhaled foreign body, pulmonary staphylococci disease in child, bronchial asthma, acute pulmonary edema, interstitial emphysema in adult.

2. Hemoptysis - found in ulcerations due to a tuberculosis cavity, pulmonary abscess, pulmonary carcinoma, bronchiectasis etc. The hemoptic-lung X-ray image is quite important to be followed up.

3. Vomica - met with in pulmonary suppurations and hydatic cysts.

4. Chest pain - accompanying the spontaneous pneumothorax, pulmonary infarctation and intrathoracic hernia.

Thoracic trauma can be complicated with rib fractures, intrathoracic effusions, trachea-bronchial ruptures, pericardial trauma, esophagus injuries and diaphragm trauma.

Postoperative respiratory emergencies represented by bronchopulmonary disseminations, atelectases and residual pleural cavities are also studied.

X-ray assay should recognize the lesion extent and importance, control the therapeutical regimen, and follow up the lesion dynamics.

RADIODIAGNOSTICUL IN URGENTELE CARDIO-VASCULARE

Conf Dr. D Pădulescu

Clinica radiologică Cluj

Urgențele medicale sînt stări patologice în care tulburarea funcțională a unui organ sau sistem este atît de intensă încît pune în pericol viața bolnavului. Această stare implică două aspecte de urgență la fel de importante: cel al diagnosticului și cel al tratamentului. Timpul, în astfel de stare, echivalează cu viață sau moarte. Se înțelege deci de ce pentru diagnosticul stărilor de urgență se recurge la un minimum de simptome și/sau semne care dau maximum de informație. Practica de fiecare zi, cu memorizarea datelor pozitive, mijloacele tot mai bune de investigație, învățămintele și cunoștințele scoase din greșelile comise, din confruntările anatomo-clinice, și din confruntările datelor clinice cu datele explorărilor morfofuncționale diverse, au dat posibilitatea să se acumuleze un număr mare de informații privind diagnosticul diverselor stări de urgență medicală și, din acest bogat material faptic, să se desprindă formularea unor criterii de diagnostic. Apreciind pe de o parte frecvența cu care diversele simptome și/sau semne se întîlnesc în diversele stări de urgență și, pe de altă parte, ponderea - importență - poate calitatea - pe care acestea le au în precizarea diagnosticului s-au întocmit un fel de "coduri" de mare utilitate în formularea rapidă, urgentă, a diagnosticului. Situația se prezintă în același mod în aplicarea de urgență a tratamentului corespunzător.

Printre criteriile de diagnostic - alături de datele clinice - un rol important îl are examenul radiologic. Locul şi valoarea acestuia în formularea diagnosticului într-o urgenţă medicală variază foarte mult: de la aproape indispensabil cum este într-o ocluzie intestinală la aproape fără valoare deosebită cum este într-un infarct miocardic, un accident vascular cerebral, o hipertensiune arterială paroxistică sau o criză tireotoxică. Subliniem că este vorba de diagnosticul pozitiv al unei stări de urgenţă şi nu de precizările diagnostice posibile după trecerea peste starea de urgenţă (cum ar fi coronarografia, angiografia cerebrală, retropneumoperitoneul etc. pentru a aminti doar ultimele stări de urgenţă citate mai sus). In acelaşi context subliniem că primatul în formularea diagnosticului stării de urgenţă îl au datele examenului clinic şi că restul mijloacelor de investigaţie (biologică, hemodinamică, radiologică) vin doar să completeze, să diferenţieze şi să clarifice datele diagnosticului într-o stare de urgenţă medicală.

In lumina acestor consideraţii generale şi de pe poziţia ierarhizării mijloacelor de diagnostic într-o urgenţă medicală vom analiza, în cele ce urmează, aportul, locul şi valoarea examenului radiologic în diagnosticul principalelor urgenţe ale aparatului cardio-vascular.

Insuficienţa ventriculară stîngă se manifestă prin astm cardiac sau edem pulmonar.

Astmul cardiac: instalare bruscă a unei stări de dispnee cu caracter inspirator. Survine în cursul nopţii sau după prima oră de somnle bolnavii cu afecţiuni care

se repercută asupra ventriculului sting ca:hipertensiune, ateroscleroză, leziuni aortice etc.

Examinarea radiologică nu este absolut necesară şi deseori nici posibila din cauza timpului scurt în care trebuie acţionat şi din cauză că bolnavul nu poate fi mobilizat. Cel mai des examinarea radiologică se face întîmplător. Examenul radiologic constă în efectuarea de radiografii, deseori la patul bolnavului. Semnele radiologice obţinute constau în stază pulmonară, precum şi semne ale afecţiunii de bază.

Concluziile examenului radiologic sînt valoroase pentru precizarea afecţiunii de bază.

Edemul pulmonar: insuficienţă ventriculară stîngă acută manifestată prin dispnee foarte accentuată cu caracter inspirator, polipnee, cianoză, tuse cu expectoraţie serospumoasă rozacee. Examenul obiectiv evidenţiază existenţa ralurilor crepitante diseminate pe întreaga arie pulmonară; la nivelul cordului deseori, pe lîngă semnele afecţiunii de bază, se percepe ritm de galop. Survine în aceleaşi condiţii ca şi astmul cardiac fiind etapa avansată a acestei stări clinice.

Se efectuează radiografii la patul bolnavului, cu aparate mobile, deoarece bolnavul nu poate fi mobilizat. Se notează voalarea cîmpurilor pulmonare, mai accentuată în regiunile hilare şi perihilare, voalare ce se pierde difuz către periferie. Voalarea este omogenă. Aspectul este cunoscut sub termenul de "aripi de fluture", deşi deseori aspectele nu sînt simetrice, voalarea fiind mai mare într-o

parte. Vîrfurile şi bazele sînt clare în cele mai multe cazuri; se pot vedea însă şi bolnavi la care ele sînt opacifiate.

Uneori voalarea cîmpurilor pulmonare este relativ neomogenă fiind produsă de opacităţi de intensitate slabă micro- şi macronodulare care confluează.

Vasele hilare apar mai largi şi mai opace. Spaţiul intercardiovascular este dispărut. Aspectul radiologic se modifică în cîteva ore în urma tratamentului.

Datele anamnezei şi ale examenului clinic sînt suficiente pentru diagnostic. Examenul radiologic vine să steste existenţa edemului pulmonar şi să precizeze afecţiunea cardiacă în cadrul căruia s-a produs edemul.

Un alt tip de edem pulmonar, prin tulburări hemodinamice, este cel întîlnit în stenoze mitrale. Clinic survine după eforturi şi are simptome şi semne asemănătoare cu edemul pulmonar din insuficienţa ventriculară stîngă acută.

Există edem pulmonar care nu este consecinţa unei tulburări hemodinamice de insuficienţă ventriculară stîngă acută, ci este expresia unor tulburări de permeabilitate la nivelul membranei alveolare datorită unor factori toxi-infecţioşi. In aceste cazuri examenul radiologic al plămînilor furnizează aceleaşi date, însă la nivelul cordului nu se evidenţiază modificări patologice.

Cordul pulmonar acut (insuficienţa ventriculară dreaptă acută).

Ca aspect clinic de urgenţă se întîlneşte în embolia pulmonară. Clinic se prezintă cu junghi toracic în-

soţit de dispnee, discretă cianoză şi expectoraţie serosanguinolentă, vîscoasă, adorentă. Apare de obicei la bolnavii cu tromboflebite profunde ale membrelor sau ale micului bazin.

Examenul obiectiv evidenţiază semnele tromboflebitei, iar la nivelul plămînilor lipsa oricăror semne clinice, sau o zonă - mai frecvent la baza hemitoracelui drept - cu raluri crepitante şi reacţie pleurală. Simptomatologie clinică se aseamănă uneori pînă la identificare cu cea a infarctului miocardic. In aceste forme precizarea diagnosticului se face cu ajutorul examenului electrocardiografic şi mai ales a examenului radiologic.

Modificările cardiace constatate depind de mărimea infarctului pulmonar; în infarctele mici cordul nu este modificat radiologic, în infarctele mari se poate constata o umplere sau bombare a arcului II stîng produs de dilataţia conului şi trunchiului arterei pulmonare care apar mărite. In cazurile cu evoluţie favorabilă în cîteva zile pînă la cîteva săptămîni modificările aspectului radiologic dispar, cordul revenind la forma iniţială.

Embolia pulmonară

Embolia pulmonară este cea mai frecventă cauză de cord pulmonar acut datorită dilatării şi insuficienţei ventriculare drepte acute. Cauzele cele mai frecvente ale emboliei pulmonare sînt: tromboflebitele, intervenţii chirurgicale, cardiopatii ce necesită repaus îndelungat, sau afecţiuni obstetricale.

Un embol mic într-un plămîn normal poate să nu

dea nici un simptom clinic şi să nu fie vizibil radiologic, la examinarea curentă, radiografii la patul bolnavului.

S-a descris (Westermark) prezenţa unei zone parenchimatoase clare datorită diminuării vascularizaţiei în teritoriul embolizat. Deşi acest semn are o justificare fiziopatologică, se găseşte rar. Noi nu l-am constatat niciodată.

Dacă se urmăreşte cu atenţie desenul pulmonar vascular se poate constata o accentuare a tramei vasculare controlaterale, probabil produsă de o cantitate mai mare de sînge care circulă într-un pat vascular redus.

Efectuarea de arteriografii pulmonare permite aprecierea exactă a vasului obstruat, mărimea lui şi teritoriul infarctat.

Semnele radiologice ale infarctului pulmonar în stadiul acut se pot împărţi astfel: modificări parenchimatoase, pleurale şi diafragmatice.

Modificările în cîmpurile pulmonare: opacităţi, hemisferice sau triunghiulare localizate în cîmpurile pulmonare, cel mai des fără conexiune cu hilul, în contact cu o suprafaţă pleurală. Opacitatea poate fi rotundă, ovalară sau în rachetă; se poate sprijini pe regiunea diafragmatică externă la distanţă de mediastin. Uneori opacitatea este vizibilă în fundul de sac costodiafragmatic. S-au descris opacităţi în bandă, de diferite grosimi, dispuse orizontal la nivelul lobilor inferiori. Se constată dilatarea arterei pulmonare de partea infarctului. Se poate vedea uneori dilatarea ramurei arterei hilare care merge în zona infarctată şi care se termină brusc şi emite cîte-

va vase mici ce merg către zona opacă. Infarctele pulmonare sînt mai dese în lobii inferiori şi mai ales în lobul inferior drept.

Modificările pleurale constau în colecţii pleurale de obicei puţin abundente. Uneori colecţia pleurală maschează infarctul. După unele statistici pleurezia se asociază infarctului pulmonar într-un procent de 33-56%.

Modificările diafragmatice sînt produse de ridicarea hemidiafragmului de partea infarctului şi hipomobilitate la mişcările respiratorii.

Tamponada cordului

In anumite situaţii de hemopericard sau exsudat abundent în cavitatea pericardică se poate realiza o insuficienţă hipodiastolică ventriculară dreaptă. In astfel de cazuri ventriculul drept avînd o musculatură mai slabă şi fiind mai subţire decît ventriculul stîng este practic turtit de cantitatea de lichid din pericard.

Clinic se manifestă prin jenă în circulaţia de întoarcere, deci stază în venele cave.

Examenul radiologic nu arată o creştere însemnată a dimensiunilor cordului. Dacă se compară filmele obţinute cu cele anterioare se constată schimbare moderată în mărimea şi conturul cordului. Marginea superioară dreaptă a pedicululuı vascular este lărgită şi este produsă de vena cavă superioară dilatată. Pulsaţiile sînt absente datorită compresiunii inimii. Plămînii sînt clari.

Infarctul miocardic

Infarctul miocardic constituie una dintre urgenţele majore ale medicinii contemporane, constituind cauza de

moarte subită în foarte multe cazuri. Clinic se caracterizează printr-o durere violentă în regiunea precardiacă, însoţită de stare de şoc. Alteori se manifestă doar prin starea de şoc sau prin fenomene de insuficienţă ventriculară stîngă acută, tulburări paroxistice de ritm sau moarte subită. Datele anamnezei şi ale examenului fizic coroborate cu modificările electrocardiografice sînt, de regulă, suficiente pentru precizarea diagnosticului.

Examenul radiologic, ca adjuvant al celorlalte mijloace de diagnostic, poate aduce precizări privind starea funcţională a miocardului şi a plămînilor. Imediat după instalarea infarctului, inima se poate dilata rapid, radiografiile efectuate comparate cu cele anterioare, arată aceasta. Dacă ventriculul stîng devine insuficient apare edemul pulmonar, care este bine evidenţiat pe radiografiile toracice. S-a descris proieminenţa venelor pulmonare în lobii superiori şi proieminenţa marginii laterale drepte a siluetei cardiace, ca o consecinţă a infarctului acut.(Zatuchni şi Nussbaum,1963). Acestea sînt semne ale insuficienţei cardiace şi se pot găsi în orice formă de insuficienţă cardiacă. În cîteva zile (2-7 zile) de la debut marginea ventriculară stîngă care este sediul cel mai frecvent al infarctului, poate arăta o proeminenţă îndreptată lateral; această proeminenţă poate că crească în timp. Se poate constata pe o anumită zonă a conturului ventriculului stîng deviaţii a pulsaţiilor în sensul unor pulsaţii paradoxe (mişcări îndreptate înafară în timpul sistolei, contrastînd cu mişcările din jurul acestei arii care sînt îndreptate înăuntru) sau a lipsei pulsa-

ţiilor. Cercetări kimografice sau electrokimografice au evidenţiat astfel de semne în 70% din cazuri. Urmărind pulsaţiile timp îndelungat s-a constatat că ele pot persista timp de ani de zile. Aceasta a permis unor autori (Zodiev şi Belyaeva) să afirme că funcţia normală nu e niciodată complet restabilită în zona de infarct.

După trecerea stării de urgenţă în unele forme de infarct miocardic se indică efectuarea coronarografiei pentru localizarea sediului obstacolului şi furnizarea datelor necesare intervenţiei chirurgicale.

Examenul radiologic poate furniza elemente necesare precizării diagnosticului de perforare a septului prin infarct miocardic (şunt stînga - dreapta cu încărcare dreaptă, asociate fenomenelor de insuficienţă cardiacă) şi, în consecinţă, permite indicaţia intervenţiei chirurgicale de urgenţă.

Pericarditele acute

Simptomele subiective: durerea şi dispneea şi semnele obiective: frecătura pericardică, permit în marea majoritate a cazurilor stabilirea diagnosticului de pericardită.

Examenul radiologic nu arată modificări deosebite în pericardita uscată; se pot întîlni modificări de amplitudine şi formă ale pulsaţiilor cardiace care sînt interpretate de unii autori ca fiind produse de miocardita care însoţeşte pericardita.

In pericarditele exsudative cu o cantitate mai mare de lichid (peste 800 ml) aspectul radiologic al cordului este caracteristic. Apare mărirea umbrei cordului

care ia un aspect clasic cunoscut "în carafă" în sensul că pedicului vascular apare scurt şi lărgit în contrast cu opacitatea cardiacă mărită. Silueta cardiacă este mult voluminoasă şi adesea simetrică. Se constată diminuarea sau dispariţia pulsaţiilor cardiace. Vena cavă superioară este mult dilatată. Hemidiafragmul drept este mai sus situat fiind împins de ficatul mărit prin stază retrogradă. Marginea stîngă a inimii poate deveni rectilinie. Plămînii sînt clari. Se pot găsi în unele cazuri alte leziuni ca: colecţii pleurale, pneumotorace etc. Deşi semnele radiologice sînt evidente, deseori în creşterea acută a lichidului în pericard diagnosticul radiologic se face greu deoarece nu se constată întotdeauna o modificare pronunţată a conturului cardiac, pedicului cardiac nu este evident scurtat, iar unghiurile cardiofrenice nu sînt modificate. In aceste cazuri crearea unui pneumopericard după punctie pericardică permite diagnosticul. Urmărirea în timp a pulsaţiilor cardiace poate arăta schimbări în amplitudinea acestui semn de mare importanţă pentru diagnostic. In unele cazuri modificările aspectului cordului la schimbarea poziţiei bolnavului ajută diagnosticul. Injectarea intravenoasă de bioxid de carbon, bolnavul fiind în decubit lateral stîng, evidenţiază marginea striului drept care dacă depăşeşte grosimea de 5 mm este suspectă de pericardită.

Miocardita acută, se manifestă clinic prin astenie pronunţată, palpitaţii, dispnee şi uneori dureri precardiace. La examenul obiectiv caracteristic este modificarea amplitudinii zgomotelor şi sparitia tulburărilor

de ritm. Uneori se poate instala insuficienţa cardiacă congestivă sau şocul cardiogen.

Radiologic se poate constata mărirea opacităţii cardiace, mai mare la bază, cordul apărînd turtit pe diafragm. Se descrie reducerea volumului cardiac în inspiraţie profundă. În observaţiile noastre nu am constatat acest semn. Kimografic se urmăresc pulsaţiile care pot prezenta modificări patologice. În cazurile cu cord în limite normale examenul radiologic nu aduce un aport diagnosticului, dar permite evidenţierea altor afecţiuni. Urmărind comportarea cordului din miocardite la probele Valsalva şi Müller am constatat că îşi modifică foarte puţin forma şi volumul, spre deosebire de cordul normal care se modifică în dimensiuni în sensul micşorării în Valsalva şi măririi în Müller. În acest sens constatarea unui cord mărit care îşi modifică foarte puţin dimensiunile şi forma la probele Valsalva şi Müller poate fi un semn de diagnostic radiologic în miocardite.

Pentru diagnosticul diferenţial între miocardită şi pericardită un rol important îl joacă aprecierea circulaţiei pulmonare, pe care noi o urmărim pe filme radiografice în Valsalva şi Müller.

Hipertensiunea arterială paroxistică

Hipertensiunea arterială este o boală relativ raspîndită la noi şi îmbracă variate aspecte de urgenţă medicale ca: encefalopatie hipertensivă, insuficienţa ventriculară stîngă acută, infarctul miocardic şi hipertensiunea arterială paroxistică. Pentru examenul radiologic vin în discuţie aspectele legate de insuficienţa ven-

triculară stîngă acută, din infarctul miocardic şi cea din hipertensiunea arterială paroxistică.

Hipertensiunea arterială paroxistică se manifestă prin crize în care tensiunea arterială creşte brusc de la valori normale sau uşor crescute la valori foarte mari. Pe lîngă cefaleea intensă şi paloare-bolnavul poate prezenta fenomene de insuficienţă coronariană, insuficienţă cardiacă sau fenomene de encefalopatie hipertensivă. Criza durează de la minute la ore şi se termină brusc fiind urmată de cele mai multe ori de poliurie.

Examenul radiologic în criză furnizează date relativ puţine în sensul că precizează starea cordului şi a vaselor, modificate corespunzător cu durata şi valoarea tensiunii arteriale a bolnavului. Se constată ventriculul stîng mărit în diverse grade. În aprecierea gradului de mărire a ventricolului stîng noi utilizăm trei grade: gradul I: ventriculul stîng uşor mărit - în OAS ventriculul stîng poate ajunge pînă la coloana vertebrală; gradul II: ventriculul stîng mărit - în OAS ventriculul stîng depăşeşte coloana vertebrală; gradul III: ventriculul stîng mult mărit, el depăşeşte coloana şi măreşte global cordul. Corespunzător acestor grade apreciem şi indicile cardiotoracic în diferite limite pe radiografia PA.

O mare importanţă are examinarea radiologică în precizarea etiologiei hipertensiunii arteriale paroxistice: astfel, hipertensiunea arterială de origine endocrină întîlnită în afecţiuni ale glandei corticosuprarenale. În această formă de hipertensiune, explorarea radiologică a

glandelor suprarenale permite diagnosticul şi consecutiv tratamentul chirurgical. Pentru evidenţierea suprarenalelor folosim asociate: nefrografia prin supradozaj, retropneumoperitoneul şi tomografii.

Anevrismul disecant

Clinic debutul formării unui anevrism, se manifestă brusc printr-o durere retrosternală puternică şi colaps. Acestea face ca examinarea radiologică să nu se poată face sau cînd se face este nesatisfăcătoare, din cauza greutăţii de a examina bolnavul.

Anevrismele disecante îşi au originea cel mai des în aorta ascendentă la cîţiva cm. deasupra valvei aortice sau în aorta toracică lîngă originea arterei subclaviculare stîngi.

Radiografia toracică poate arăta o lărgire a pediculului vascular; această mărire are valoare numai dacă comparată cu filme anterioare se constată mărirea recentă a pediculului vascular. Marginea aortei poate fi neregulată. Pulsaţiile aortei sînt diminuate sau absente. Se observă în unele cazuri un element important de diagnostic radiologic: un tunel în interiorul opacităţii produse de aorta lărgită. În caz că starea bolnavului permite se poate utiliza angiografia intravenoasă metodă care dă elemente în plus pentru diagnostic.

Sindromul de ischemie periferică acută

Este caracterizat prin durere atroce, paloare, răcire, cu dispariţia pulsului extremităţii afectate. Obliterarea arterei iliace realizează sindromul Leriche.

Examinarea radiologică este foarte importantă pentru precizarea sediului obstacolului, eventual pentru precizarea stării circulației sub obstacol și a circulației colaterale. Arteriografia este metoda principală de diagnostic. Se efectuează cît mai repede de la instalarea fenomenelor clinice. Aspectul radiologic este caracteristic. Se constată un stop regulat, bine delimitat, pe care îl face substanța opacă la nivelul obstacolului. Concomitent se urmărește circulația colaterală și în cazurile unde există circulație sub obstacol. Noi, înaintea injectării substanței opace injectăm, intraarterial substanțe vasodilatatoare cu scopul de a combate spasmul vaselor colaterale și a vedea astfel circulația acestor vase.

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СРОЧНОСТЯХ

Д. ЮДИЦКУ

Врачебные срочности есть патологические состояния, при которых функциональное нарушение любого органа или системы становится настолько осложнённым, что угрожает жизнь больного. Это состояние заключает в себе два одинаково важных аспекта срочности: диагностика и лечение. В диагностике важную роль имеет рентгенологическое исследование.

При сердечной астме рентгенологическое исследование делается у койки больного. Рентгенологические изменения бывают : лёгочный стаз и симптомы основного заболевания.

Лёгочный отёк рентгенологически выражается помутнением

лёгочных полей более усиленно в гилюсных и перигилюсных областях. Помутнение может быть гомогенное и относительно негомогенное, вызванное микро и макромодулярными непрозрачностями, сливающимися.

Рентгенологические симптомы лёгочного инфаркта в острой стадии следующие: а/ гемисферные или угловые непрозрачности на лёгочных полях чаще без соединения с гилюсом, соприкасаясь с плевральной поверхностью. Очень частая локализация в нижних долях; б/ расширение лёгочной артерии на стороне инфаркта ; в/ плевральные коллекции в небольшом количестве иногда скрывают инфаркт ; г/ повышение гемидиафрагмы на стороне инфаркта.

При миокардическом инфаркте, рентгенологические исследования, сделанные у койки больного, показывают расширение сердца ; это расширение можно оценить только после полных радиограммах, сделанных раньше, при инфаркте и после инфаркта. При ассоциации инфаркта с левой вентрикулярной недостаточностью появляется лёгочный отёк. Рентгенологически исследуя инфаркт в своем развитии, замечается на левой вентрикулярной границе, являющейся самым частым местом инфаркта, выступ, выходящий из контура. На определённой зоне контура левого желудочка констатируется также отсутствие пульсаций или парадоксальные пульсации.

При экссудатных перикардитах рентгенологический аспект сердца характерен увеличением сердечной непрозрачности с сокращением сосудистой ножки /аспект "графина"/. Сердечные пульсации ослабляются или прекращаются. Верхняя полая вена расширена. Легкие яркие.

Острый миокардит также вызывает увеличение сердечной непрозрачности, хорошо замечаемой при рентгенологическом исследовании. Сердце показывается уплощённым на диаграмму. При пробе Вальсава и Миллера сердце не изменяет свою форму. Гилюсное и перигилюсное очертания усиливаются, выявляются симптомы легочного стаза.

Рентгенологическое исследование при пароксизмальной артериальной гипертензии уточняет состояние сердца и сосудов. Чаще констатируется увеличение левого желудочка. Для более объективной оценки степени увеличения левого желудочка различаем три степени: I степень : левый желудочек немного увеличен, при передне-косо-левом положении может достигать позвоночник. II степень : левый желудочек увеличен, при передне-косо-левом положении опирается позвоночник. III степень : левый желудочек сильно увеличен, при передне-косо-левом положении опирается позвоночник и однозначно увеличивает сердце в целом.

В пароксизмальных артериальных гипертензиях, встречаемых при заболевании кортиконадпочечной железы рентгенологическое исследование этих желёз позволяет установить диагностику.

При расслаивающей аневризме грудная рентгенограмма показывает расширение сосудистой ножки ; это увеличение имеет значение только если, сравнивая с прежними радиограммами, констатируется недавное увеличение сосудистой ножки. Граница аорты бывает неправильной. Важный элемент при радиологической диагностики есть наблюдение туннеля внутри непрозрачности, вызванного расширенной аортой.

При синкопе острой [illegible]
[illegible]
циркуляции.

RADIODIAGNOSIS IN CARDIO-VASCULAR EMERGENCIES

Assistent-professor D Rădulescu, M.D.

Medical emergencies are pathological conditions in which the functional disturbances of an organ or system are so severe that the patient's life is jeopardized. Such a condition involves two urgent aspects of equal importance: diagnosis and treatment. Among other criteria of diagnosis, radiologic examination plays an important part.

X-ray examination in cardiac asthma often consists in radiographs performed at the bedside. The radiologic findings are pulmonary stasis and signs of the fundamental primary disease.

In pulmonary edema there is a shadowing of the lung fields which is more marked in the hilar and perhilar areas. The shadows may be homogenous and relatively non-homogenous produced by micro-and macro nodular opacities which are merging.

The Roentgenologic signs in the acute stage of pulmonary infarction are: a) angular or hemispherical opacities in the lung fields, usually without connection with the hilum, in contact with a pleural area and commonly located in the lower lobes; b) dilatation of the pulmonary

artery on the side of the infarction; c) not very abundant pleural collections concealing the infarction in certain cases: the hemidiaphragm is raised on the involved side.

In myoradial infarction, the radiographs performed at the bedside may evidence an enlargement of the heart; this enlargement may be evaluated only on complete series of radiographs performed before, during, and after the occurence of the infarction. When the infarction is accompanied by the insufficiency of the left ventricle then a pulmonary edema occurs. If we radiologically follow-up an infarction in progress we may see a prominence emerging from the contour line, a prominence on the left ventricular border, the commonest seat of the infarction. On a certain area of the contour of the left ventricle, the absence of pulsations or paradoxal pulsations may be seen as well.

The X-ray appearence of the heart in pericardial effusions is characterized by an increase of the heart shadow and a shortening of the vascular pedicle. Heart pulsations are diminshed or vanished. The superior vena cava is enlarged. The lungs are clear.

Acute myocarditis may likewise cause an increase of the heart opacity which is clearly seen at X-ray examination. The heart lies flat on the diaphragm and does not change its shape when submitted to Valsalva and Müller tests. The hilar and perihilar lines are marked and there are signs of pulmonar stasis.

Radiologic examinations in paroxistical arterial hypertension shows more acurately the condition of the heart

and vessels. One may often notice an elargement of the left ventricle.To asses more accurately the extent of the enlargement of the left ventricle,we have used three degrees:I st degree: left ventricle slightly enlarged in LAO may reach the spinal column; IInd degree: the left ventricle enlarged in LAO passes beyond the column; IIInd degree:the left ventricle greatly enlarged, in LAO passes beyond the column but in the same time makes appear larger the heart as a whole.

In paroxistical hypertensions, encountered in diseases of the corticosuperrenal glands, the X-ray examination makes the diagnosis possible.

In dissecting aneurysm, thorax radiography may show an enlargement of the vascular pedicle; such enlargement is of importance only if a recent enlargement of the vascular pedicle is being noticed when compared with the radiographs previously taken. The border of the aorta may ne irregular. An important element for the Radiologic diagnosis is the finding of a tunnel inside the shadow caused by the enlarged aorta.

In the syndrome of acute peripheric ischemia arteriography is of particular importance in order to accurately determine the site of the obstacle of the circulatory state and possibly of the collateral circulation.

RADIODIAGNOSTICUL ABDOMENULUI ACUT

Conf. Dr. E. Popescu, Dr. C. Mărgineanu, Dr. E. Musta, Dr. L. Dimitriu, Dr. P. Grădinaru, Dr. I. Roşală, Dr. C. Popescu

Clinica de Radiologie Spitalul Dr. Carol Davilla

Abdomenul acut reprezintă entitatea cea mai frecvent întîlnită în urgenţele medico-chirurgicale.

El cuprinde toate sindroamele care se petrec în regiunea abdominală şi care implică în majoritatea cazurilor intervenţia chirurgicală de urgenţă.

Examenul radiologic s-a impus mai greu şi mai tîrziu în explorarea acestor suferinţe datorită faptului că la început, relaţiile oferite erau mai puţin concludente, iar chirurgii se bazau mult pe examenul clinic.

In ultimele decenii, prin dezvoltarea metodelor de examinare şi a posibilităţilor tehnice, examenul radiologic şi-a dovedit utilitatea şi s-a impus.

De fapt, examenul radiologic, în cazul abdomenului acut, trebuie să confirme diagnosticul prezumtiv clinic, să ajute la alegerea uneia din puţinele posibilităţi ale diagnosticului diferenţial.

In ciuda erei antibioticelor, abdomenul acut reprezintă o problemă gravă dacă nu s-a intervenit la timp şi deci nu s-a diagnosticat precoce. E important de a se face deci o depistare precoce înainte de a se întreprinde un tratament eficace.

Afecţiunile care pot duce la abdomen acut sînt variate, dar pot fi grupate în cîteva sindroame:

- sindromul de iritaţie peritoneală
- sindromul ocluziv
- sindromul hemoragic
- sindromul de torsiune a organelor normale sau a tumorilor
- sindromul de pancreatită hemoragică acută

Un tablou asemănător de abdomen acut apare însă şi în suferinţe extraabdominale : infarct miocardic, pneumonie, pleurezia diafragmatică, embolie pulmonară, colică renală etc.

Sindromul de iritaţie peritoneală, de fapt cel mai frecvent, se datoreşte iritaţiei seroasei peritoneale şi se întîlneşte de predilecţie în ulcerul perforat şi apoi cu frecvenţă mai redusă în colecistita acută, apendicită acută etc.

Sindromul ocluziv este generat de întreruperea tranzitului normal al conţinutului intestinal într-un anumit segment. Acest sindrom este cunoscut şi sub denumirea de ileus şi poate îmbrăca forma acută sau forma cronică intermitentă.

Forma acută - se produce prin volvulus, strangulare sau invaginare.

Forma cronică - poate îmbrăca aspectul de ileus mecanic sau dinamic.

In primul caz poate fi generat de tumori intestinale, bride sau torsionări de anse.

Forma dinamică (ileus paralitic) apare după intervenţii chirurgicale pe abdomen, traumatisme abdominale, colici renale etc.

Examenul radiologic diferă din punct de vedere al tehnicii şi modului de examinare, după simptomatologia clinică a bolnavului. In general, radiodiagnosticul abdomenului acut îmbracă trei forme:

- Radiodiagnosticul fără pregătire
- Radiodiagnosticul cu pregătire
- Clisma baritată

In primul caz se evidenţiază clasicele nivele hidroaerice, care reprezintă semn concludent de ocluzie intestinală. Aspectul acestor nivele diferă după cum sînt situate pe ansele intestinului subţire, sau pe ansele intestinului gros.

Nu este mai puţin adevărat că există veritabile ocluzii fără nivele hidroaerice evidente, sau cu nivele hidroaerice reduse ca mărime şi mai greu de pus în evidenţă.

In intervenţiile abdominale se formează uneori abcese subfrenice care se traduc prin imagine hidroaerică, de obicei unică şi voluminoasă, datorită unei colecţii piogazoase sau chiar mici nivele hidroaerice, uneori greu de decelat în interiorul unei opacităţi subdiafragmatice.

Alt element radiologic este apariţia pneumoperitoneului care evidenţiază adesea existenţa unei perforaţii a unui organ cavitar.

De obicei imaginea falciformă respectivă apare mai evident sub diafragmul drept şi rareori este de dimensiuni mari.

In al doilea caz, radiografia cu substanţă de contrast poate pune cel mai adesea diagnosticul de ulcer.

Aşa după cum se ştie, nu rareori ea nu poate evidenţia cauza hemoragiei, datorită edemului mare la nivelul nişei, prezenţă de resturi alimentare, chiaguri de sînge etc.

Clisma baritată poate fixa diagnosticul de invaginaţie datorită diverselor cauze, sau diagnosticul de neoplasm şi uneori ea poate reprezenta chiar un mijloc terapeutic. In plus faţă de aceste tehnici obişnuite, examenul radiologic intervine în precizarea cauzelor abdomenului acut şi prin examenele care se efectuează pentru organele retroperitoneale, sau pentru organele tor-co-pleuro-mediastino-pulmonare.

In aceste cazuri, examenul radiologic intervine prin excluderea unor afecţiuni extraabdominale sau toraco-pleuro-mediastino-pulmonare.

Observaţiile noastre pe bolnavii internaţi în ultimii 5 ani în Clinica Chirurgicală au evidenţiat necesitatea şi aportul examenului radiologic în precizarea diagnosticului cauzal.

In acest sens, majoritatea bolnavilor cu sindrom abdominal acut au prezentat, fie imagine de pneumoperitoneu, imagini hidroaerice, mobilitate redusă a diafragmelor şi modificări pleuro-pulmonare.

Considerăm că asupra modificărilor pleuro-pulmonare trebuie să ne oprim mai mult, fiindcă semnele respective au o valoare deosebită şi sînt în general mai puţin urmărite şi cunoscute.

Epanşamentele pleurale rare, dar posibile se pot prezenta sub două forme:

- pleurezia marii cavităţi

- pleurezia diafragmatică.

Cercetarea pleureziei diafragmatice prin incidenţe speciale poate evidenţia o mică cantitate de lichid în sinus care ar putea îndruma diagnosticul.

Modificările parenchimatoase, de asemenea rare, pot îmbrăca aspecte variate traduse prin opacităţi segmentare prezente mai ales paracardiac şi bazal.

Aceste opacităţi pot reprezenta atelectazii (reflexe) în majoritatea cazurilor şi traduc direct sindromul de iritaţie peritoneală sau de procese de vecinătate (subdiafragmatic).

Modificările diafragmatice se pot traduce prin două semne radioscopice - ascensiunea diafragmului şi diminuarea cursei diafragmatice.

Diminuarea excursiilor toracice se întîlneşte mai frecvent în cazul abceselor subfrenice, ca şi în cazul perforaţiilor gastrice.

Examenul radiologic este fundamental şi este preferabil de a se face radiografii în inspir şi expir forţat, examenul digrafic ar putea să ofere relaţii la fel de exacte asupra mobilităţii cutiei toracice, cît şi relaţii asupra capacităţii vitale respiratorii necesare şi actului operator.

In multe cazuri de ocluzie intestinală, examenul radiologic poate stabili nivelul la care s-a produs obstacolul, folosind în general numai metodele clasice de examinare.

In acest sens, considerăm că acestea trebuie să urmeze după o anumită schemă:

- examenul de bază rămîne examenul simplu al torace-

lui şi abdomenului, efectuat în picioare, urmărindu-se cu atenţie mobilitatea diafragmatică, aspectul sinusurilor costodiafragmatice şi prezenţa eventualelor imagini hidroaerice sau pneumoperitoneu;

- cel de al doilea moment - examenul baritat - trebuie efectuat numai în anumite condiţii şi adesea cu substanţă opacă sterilă. Substanţa opacă baritată poate fi folosită în instituţiile spitaliceşti cu profil chirurgical, unde există posibilitatea unei intervenţii chirurgicale de urgenţă;

- clisma baritată are indicaţii mai restrînse, dar foarte utile atît pentru precizarea sediului stenozei, cît şi uneori pentru rolul său terapeutic.

In general, în toate cazurile de abdomen acut care implică cel mai adesea o rezolvare urgentă, examenul radiologic trebuie să fie scurt şi să evidenţieze modificările elementare principale care să orienteze precizarea diagnosticului.

Concomitent, examenul radiologic trebuie să se adapteze situaţiilor diferite, mergînd pînă la exaricitarea examenului în sala de reanimare. Pentru acelaşi motiv considerăm că se contraindică tehnicile traumatizante pentru bolnav şi mai ales tehnicile cu dublu contrast prin insuflarea sau distensia prin diferite tehnici a stomacului, intestinului sau colonului.

Imbinarea examenului radioscopic cu radiografii în diferite incidenţe şi poziţii este de un real folos.

Dacă examenul urmează o metodică care de fapt se

obţine prin practică, se pot evidenţia o serie de modificări care reprezintă repere importante. Oricum, examenul radiologic poate scoate în evidenţă aspecte anormale la nivelul abdomenului, poate uneori indica etiopatogenia şi-respectiv - cauza suferinţei.

Limitele examenului radiologic trebuiesc cunoscute de clinician; în acest sens considerăm să tragem atenţia că aproape 10% din ulcerele perforate pot să nu dea imagine de pneumoperitoneu - şi acestea sînt cazurile de ulcer perforat şi acoperit.

Nivelele de lichid pot adesea să fie înşelătoare însoţind abdomenul acut din diferite afecţiuni. Astfel, există multe cazuri unde sînt adevărate ocluzii intestinale fără nivele hidroaerice. Aceste situaţii se întîlnesc mai ales cînd examenul se efectuează în perioada de debut sau în sindroamele subocluzive cu nivele hidroaerice care se remit prin tratament medical.

In cazurile cu sindroame abdominale greu de diagnosticat - aerocolie difuză, sau cu un aspect flu, ne face să ne gîndim la prezenţa de lichid în cavitatea abdominală. In aceste cazuri semiologia clinică susţine terapeutica medicală sau chirurgicală.

In general, se poate spune că examenul radiologic are o valoare deosebită şi că dictonul stabilit în urmă cu 30 ani de către Mondor că "un examen baritat este grav, iar un examen fără bariu inutil" în abdomenul acut este complet depăşit.

Ambele tehnici au valoarea lor, însă individualizate după simptomatologia clinică şi starea bolnavului.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ, БУХАРЕСТ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА
БОЛЬНИЦА Н.Н.КАРОЛА ДАВИЛЛА

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Д-р доцент Е.Попеску, д-р К.Мэрджиняну, д-р Е. Муста, д-р Д.Димитриу, д-р П.Грэдинару, д-р Романэ, д-р К.Попеску

Острое заболевание органов брюшной полости представляет собой наиболее часто встречающееся явление при неотложных медико-хирургических вмешательствах.

Оно охватывает все синдромы, имеющие место в брюшной полости, которые в своем большинстве требуют срочной хирургической операции.

Рентгенологическое исследование труднее и много позже утвердилось в изучении этих заболеваний вследствие того, что оно вначале не могло представить убедительного заключения, а хирурги в большей части своей деятельности опирались на клинический анализ.

В последние десятилетия, благодаря развитию методов клинического осмотра, а также росту технических возможностей, рентгенологическое исследование в полной мере сумело доказать свою полезность и прочно утвердилось в медицинской практике.

Фактически, рентгенологическое исследование в случае острого заболевания органов брюшной полости должно подтвердить предварительную клиническую диагностику, помочь в выборе одной из небольшого числа возможностей дифференциального диагноза.

Несмотря на эру антибиотиков, острое заболевание органов живота является тяжелой проблемой, если не вмешаться вовремя, а значит, если не поставить ранний диагноз. Поэтому

его раннее распознавание, до применения эффективного лечения, является чрезвычайно важным.

Поражения, вызывающие острое заболевание органов брюшной полости, разнообразны, однако они могут быть сгруппированы в несколько синдромов:

- синдром раздражения брюшины,
- синдром непроходимости,
- геморрагический синдром,
- синдром закрутки нормальных органов или опухолей,
- синдром острого геморрагического панкреатита.

Однако сходная картина наблюдается и при внебрюшных заболеваниях, а именно при инфаркте миокарда, пневмонии, диафрагмальной плевризии, эмболии легких, почечной колике и др.

Наиболее часто наблюдающийся синдром раздражения брюшины появляется вследствие раздражения серозной оболочки брюшины и имеет место, преимущественно, при прободной язве желудка, а также, в убывающей последовательности, при остром холецистите, остром аппендиците и др.

Синдром непроходимости вызывается прерыванием нормального переноса кишечного содержания в определенный сегмент. Этот синдром известен и под названием "заворот кишок", он может принимать острую форму или перемежающуюся хроническую форму.

Острая форма - имеет место в результате заворота, ущемления или инвагинации кишок.

Хроническая форма - может выражаться в виде механической или динамической непроходимости кишок.

В первом случае причиной могут являться опухоли кишечника, сращения или перекручивания петель.

Динамическая форма /паралитическое сращение/ появляется вследствие хирургических вмешательств на животе, травматизмов брюшной полости, почечных колик и др.

Рентгенологическое исследование различно, с точки зрения техники и способа освидетельствования, в зависимости от клинической симптоматологии больного. Вообще рентгенодиагностика острого заболевания органов живота выражается в трех формах:

- рентгенодиагностика без подготовки,
- рентгенодиагностика с подготовкой,
- баритовая клизма.

В первом случае выявляются классические водно-воздушные уровни, являющиеся характерным признаком непроходимости кишок. Вид этих уровней изменяется от того, расположены ли они на петлях тонких кишок или же на петлях толстой кишки.

Не менее верно и то, что существуют самые настоящие окклюзии без видимых водно-воздушных уровней или же с пониженными по величине уровнями, которые более трудно заметить.

При вмешательствах на животе образуются иногда поддиафрагмальные абсцессы, отражающиеся в водно-воздушной картине, обычно однородной и объемной, в виде биогазовой коллекции или даже в виде небольших водно-воздушных уровней, иногда трудно обнаруживаемых внутри поддиафрагменного помутнения.

Другим рентгенологическим элементом является появление пневмоперитонеума, часто свидетельствующего о наличии прободения какого-либо органа брюшной полости.

Обычно соответствующая серповидная картина появляется с большей очевидностью под правой диафрагмой и редко имеет большие размеры.

Во втором случае рентгенография с помощью контрастных веществ наиболее часто может поставить диагноз язвы. Как известно, нередко она не может выявить причины геморрагии из-за большой водянки на уровне углубления, наличия остатков пищи, сгустков крови и др.

Баритовая клизма может помочь в установлении диагноза инвагинации по различным причинам, или диагноз новообразования, а иногда она может явиться даже лечебным средством. Кроме того, по сравнению с этими обычными способами, рентгенологическое исследование применяется для уточнения причин острого заболевания органов живота и путем освидетельствования забрюшинных органов или же торако-плевро-медиастино-пульмонарных органов.

В этих случаях рентгенологическое исследование

применяется путем исключения внебрюшинных или торако-плевро-медиастино-пульмонарных заболеваний.

Наши наблюдения за больными, интернированными за последние 5 лет в Хирургическую клинику, показали необходимость применения и рентгенологического исследования в уточнении причинной диагностики.

В этом смысле, большинство больных с синдромом острого заболевания органов брюшной полости представили или же картину пневмоперитонеума, или же водно-воздушные картины, пониженную подвижность диафрагмы и плевро-легочные модификации.

Относительно плевро-легочных модификаций следует остановиться более подробно, вследствие того, что соответствующие признаки имеют особое значение и вообще менее известны и наблюдены.

Редкие, но возможные плевральные развития можно представить в двух формах:
- плевризия большой полости,
- диафрагмальная плевризия.

Исследование диафрагмальной плевризии с помощью особых приемов может выявить небольшие количества жидкости в синусе, что может явиться показательным для ориентировки диагноза.

Также редкие паренхиматозные модификации могут проявляться в различных видах в сегментарных помутнениях, находящихся, главным образом, около сердечной области или базально.

Эти помутнения могут представлять собой ателектазы /рефлексы/ в большинстве случаев и обозначают синдром раздражения брюшины или соседние /поддиафрагмальные/ процессы.

Диафрагмальные модификации могут выражаться двумя рентгеноскопическими признаками: поднятием диафрагмы и размерами диафрагмального пробега.

Уменьшение отклонений грудной клетки чаще всего встречается в случае поддиафрагмальных абсцессов, а также в случае прободения желудка.

Рентгенологическое исследование является основным и предпочтительным при насильном вдохе и выдохе, рентгено-

графическое исследование при этом может также точно выявить и особенности подвижности грудной клетки, как и жизненные дыхательные способности , необходимые для операционного действия.

Во многих случаях закупорки кишок рентгенологическое исследование может установить уровень, на котором произошло препятствие, используя вообще только классические методы исследования.

В этом смысле, мы считаем, что следует придерживаться определенной системы, а именно:

- основным средством освидетельствования остается простое исследование грудной клетки и брюшной полости, в вертикальном положении, внимательно следя за подвижностью диафрагмы, аспектом реберно-диафрагмальных синусов и наличием возможных водно-воздушных или пневмоперитонеумных картин;
- второй момент - баритовое исследование - следует проводить только в определенных условиях и зачастую со стерильной непрозрачной жидкостью. Непрозрачное баритовое вещество можно использовать в больницах хирургического профиля, где существует возможность срочного хирургического вмешательства.

Баритовая клизма показана в более редких случаях, но очень полезна как для уточнения места расположения стеноза, так и иногда в терапевтических целях.

Вообще во всех случаях острого заболевания органов живота, требующих, как правило, неотложного решения, рентгенологическое исследование должно быть кратким и выявить главные элементы модификации, ориентирующие в деле уточнения диагноза.

Одновременно, рентгенологическое исследование должно приспосабливаться к различным ситуациям, вплоть до проведения исследования в зале реанимации. По этой же причине мы считаем, что травматизирующие больного приемы должны быть противопоказаны, особенно достижение двойного контраста путем вдувания или же растяжение различными способами желудка, кишок или толстой кишки.

Также приносит реальную пользу сочетание рентгеноскопического исследования с радиографическим в различных случаях и положениях.

Если исследование следует методике, выработанной

фактически практикой, то можно выявить ряд модификаций, представляющих опорные точки в диагностицировании. Рентгенологическое исследование может, во всяком случае, обнаружить аномальные аспекты на уровне брюшной полости, иногда может указать на этиопатогенез и, соответственно, на причину заболевания.

Клиницист должен знать пределы рентгенологического исследования, в этом смысле мы считаем необходимым обратить внимание на тот факт, что почти 10% прободных язв могут не давать картину пневмоперитонеума. И это имеет место в случаях прободной и покрытой язвы.

Жидкостные уровни зачастую могут быть обманчивыми, сопровождая острое заболевание органов живота от различных причин. Так, встречается множество случаев, когда имеет место настоящая закупорка кишок без водно-воздушных уровней. Подобные ситуации встречаются тогда, когда исследование проводится в дебютном периоде или же в случае субокклюзивных синдромов с водно-воздушными уровнями, которые лечение восстанавливают.

В случаях с труднодиагностицируемыми синдромами брюшной полости - диффузная или с растекающимся аспектом "аэроколия" - следует предполагать наличие жидкости в брюшной полости.

В этих случаях клиническая семиология поддерживает как медикаментозное лечение, так и хирургическое.

Вообще можно утверждать, что рентгенологическое исследование имеет особое значение и что изречение Мондора, высказанное 30 лет тому назад, о том, что "баритовое исследование тяжело, а исследование без бария - бесполезно", в применении к острому заболеванию органов брюшной полости полностью устарело.

Оба технических приема имеют каждый свою ценность, но их следует индивидуализировать в соответствии с клинической симптоматологией и состоянием больного.

LE RADIODIAGNOSTIC DE L'ABDOMEN AIGU

Conf.Dr E.Popescu, Dr.C.Mărgineanu, Dr.E.Musta,
Dr.L.Dimitriu, Dr.P.Grădinaru, Dr.I.Rogală,
Dr.C.Popescu
Clinique de Radiologie Hôpital "Carol Davilla"

L'abdomen aigu représente l'entité la plus fréquemment rencontrée dans les urgences médico-chirurgicales.

Il englobe tous les syndromes qui surviennent dans la région abdominale, et qui, pour la plupart des cas, impliquent l'intervention chirurgicale d'urgence.

L'examen radiologique s'est imposé plus tard et plus difficilement dans l'exploration de ces maladies, de par le fait qu'au début les relations qui s'offraient n'étaient pas concluantes et que les chirurgiens s'appuiaient beaucoup sur l'examen clinique.

Au cours des dernières décennies, grâce au développement des méthodes d'investigation et des possibilités techniques, l'examen radiologique a pleinement prouvé son utilité, et s'est imposé.

En fait, quant à l'abdomen aigu, l'examen radiologique doit confirmer le diagnostic clinique de présomption et doit co-opérer au choix d'une des quelques possibilité de diagnostic différentiel.

En dépit de l'ère des antibiotiques, l'abdomen aigu représente un problème grave, si l intervention n'a pas été faite à temps (voire n'a pas été diagnostiqué précocément). Il est donc très important de dévancer un

traitement efficace par un dépistage précoce.

Les affections qui peuvent conduire à l'abdomen aigu sont variables, mais elles peuvent être groupées en quelques syndromes:

- le syndrome d'irritation péritonéale
- le syndrome occlusif
- le syndrome hémorragique
- le syndrome de torsion des organes normaux ou des tumeurs
- le syndrome de pancréatite hémorragique aiguë.

Un tableau similaire d'abdomen aigu apparaît aussi au cours des souffrances extra-abdominales: infarctus myocardique, pneumonie, pleurésie diaphragmatique, embolie pulmonaire, colique rénale etc.

Le syndrome d'irritation péritonéale, pratiquement le plus fréquent, est dû à l'irritation de la séreuse péritonéale et est rencontré notamment dans l'ulcère perforé, puis, à fréquence plus réduite, au cours de la cholécystite aiguë, de l'appendicite aiguë etc.

Le syndrome occlusif est généré par l'interruption du transit normal du contenu intestinal dans un segment donné. Ce syndrome, connu aussi sous la dénomination d'iléus, peut revêtir une forme aiguë ou une forme chronique intermittente.

La forme aiguë [illegible] par volvulus, strangulation ou invagination.

La forme chronique peut revêtir l'aspect d'iléus mécanique ou dynamique.

Dans le premier cas, le syndrome occlusif peut

être généré par des tumeurs intestinales, des brides ou des torsion d'anses.

La forma dynamique (iléus paralytique) apparaît après des interventions chirurgicales sur l'abdomen, après des traumatismes abdominaux, des coliques rénales etc.

L'examen radiologique diffère, au point de vue de la technique et du mode d'examination, d'après la symptomatologie clinique du malade. Le radiodiagnostic de l'abdomen aigu revêt en général trois formes:

- le radiodiagnostic sans préparation
- le radiodiagnostic avec préparation
- le lavement baryté.

Dans le premier cas, on met en évidence les niveaux hydroaériens classiques - signe concluant d'occlusion intestinale. L'aspect de ces niveaux diffère par rapport à leur situation sur les anses de l'intestin grêle ou sur celles du côlon.

On ne peut ignorer le fait qu'il existe de véritables occlusions sans niveaux hydroaériens évidents, ou bien à niveaux hydroaériens de dimensions réduites et difficile à mettre en évidence.

Au cours des interventions abdominales, il se forme quelquefois des abcès sous-phréniques qui se traduisent par une image hydroaérienne, d'habitude unique et volumineuse, due à une collection biogazeuse, ou même par de petits niveaux hydroaériens, parfois difficilement décelables à l'intérieur d'une opacité sous-diaphragmatique.

Un autre élément radiologique est représenté par l'apparition du pneumopéritoine qui met souvent en évidence

l'existence d'une perforation d'un organe cavitaire.

D'habitude, l'image falciforme respective apparaît plus évidente sous le diaphragme droit; elle est rarement de grandes dimensions.

Dans le deuxième cas, la radiographie à substance radio-opaque peut, le plus souvent, arrêter le diagnostic d'ulcère. Comme on le sait, les occasions ne sont pas rares quand la radiographie ne peut pas mettre en évidence le point de départ de l'hémorragie, à cause de l'oedème important, survenu au niveau de la niche, à cause des restes alimentaires, des caillots sanguins etc.

Le lavement baryté peut mettre le diagnostic d'invagination induite par des causes diverses, ou bien le diagnostic de néoplasie; ce lavement peut parfois représenter même un moyen thérapeutique. À part ces techniques usuelles, l'examen radiologique intervient dans la révélation des causes de l'abdomen aigu aussi par les examens qui s'effectuent pour les organes rétropéritonéaux, ou pour les organes thoracopleuromédiastinopulmonaires.

Dans ces cas, l'examen radiologique intervient en excluant quelques affections extra-abdominales ou thoracopleuromédiastinopulmonaires.

Nos observations portant sur les malades admis au cours des derniers cinq ans à la Clinique chirurgicale ont mis en évidence la nécessité et l'apport de l'examen radiologique dans la précision du diagnostic causal.

Dans ce sens, la plupart des malades accusant syndrome abdominal aigu ont présenté une image de pneumo-

péritoine, des images hydroaériennes, mobilité réduite des diaphragmes, ou bien des modifications pleuropulmonaires.

Nous considérons que l'accent doit être mis sur les modifications pleuropulmonaires, car ces signes ont une valeur particulière et sont généralement peu connus et poursuivis.

Les épanchements pleuraux, rares mais possibles, peuvent se présenter sous deux formes:

- pleurésie de la grande cavité
- pleurésie diaphragmatique.

L'étude de la pleurésie diaphragmatique, faite au moyen d'incidences spéciales, peut mettre en évidence une petite quantité de liquide dans le sinus, constatation qui serait à même de guider le diagnostic.

Les modifications parenchymateuse, également rares, peuvent revêtir des aspects variables traduits par des opacités segmentaires présentes notamment en direction parcardiaque et basale.

Ces opacités peuvent représenter des atélectasies (réflexes) dans la majorité des cas, et reflètent directement le syndrome d'irritation péritonéale ou des processus de proximité (sous-diaphragmatiques).

Les modifications diaphragmatiques peuvent se traduire par deux signes radioscopiques - l'ascension du diaphragme et la dimension de la course diaphragmatique.

La diminution des excursions thoraciques est plus fréquemment rencontrée au cours des abcès sous-phréniques et des perforations gastriques.

L'examen radiologique est fondamental, et il est

préférable d'effectuer des radiographies en inspiration et en expiration forcées; l'examen diagraphique pourrait offrir également de relations exactes portant sur la mobilité de la cage thoracique, ainsi que sur la capacité vitale respiratoire nécessaire aussi à l'acte opératoire.

Dans beaucoup de cas d'occlusion intestinale, l'examen radiologique peut établir le niveau auquel l'obstacle a surgi, en utilisant en général seulement les méthodes classiques d'investigation.

Dans ce sens, nous considérons que ces dernières doivent suivre un certain schéma:

- l'examen de base reste l'examen simple du thorax et de l'abdomen effectué en position orthostatique, en poursuivant attentivement la mobilité diaphragmatique, l'aspect des sinus costodiaphragmatiques et la présence d'éventuelles images hydroaériennes ou de pneumopéritoine.
- le deuxième moment - l'examen au baryum - doit être effectué uniquement en certaines coditions et souvent à l'aide d'une substance opaque stérile. La substance opaque barytée peut être utilisée dans les hôpitaux à profil chirurgical où il existe la possibilité d'intervenir d'urgence par voie chirurficale.

Le lavement baryté a des indications plus restreintes, mais très utiles, tant pour la précision du siège de la sténose, que pour son rôle thérapeutique, dans certains cas.

En général, chez tous les sujets accusant un ab-

domen aigu qui implique le plus souvent une résolution d'urgence, l'examen radiologique doit être court et doit mettre en évidence les modifications élémentaires principales à même d'orienter l'arrêt du diagnostic.

L'examen radiologique doit, en même temps, s'adapter à des situations différentes, allant jusqu'à l'effectuation de l'examen dans la salle de réanimation. Pour ce même motif, nous contre-indiquons les techniques traumatisantes pour les malades, notamment les techniques à double contraste, par insufflation ou par distension de l'estomac, de l'intestin ou du côlon, au moyen de différentes techniques.

La combinaison de l'examen radioscopique avec des radiographies en différentes incidences et positions s'avère d'une grande utilité.

Si l'examen observe une certaine méthode qui, en fait s'obtient seulement en pratique, ce sont une série de modifications qui peuvent être mises en évidence, en représentant toutefois d'importants repères. En tout cas, l'examen radiologique peut relisfer les aspects anormaux au niveau de l'abdomen, et peut, quelquefois, indiquer l'étiopathogénie et, respectivement, la cause de la souffrance.

Les limites de l'examen radiologique doivent être connues par le clinicien; dans ce sens, il est indispensable de savoir que presque 10% des ulcères perforés ne se traduisent pas par une image de pneumopéritoine. Ce sont les cas d'ulcère perforé et couvert.

Les niveaux de liquide peuvent être souvent cause

d'erreur, car ils accompagnent l'abdomen aigu au cours de diverses affections. Il y a ainsi beaucoup de cas où il existe des occlusions intestinales vraies sans niveaux hydroaériens. Ces situations se rencontrent notamment dans les cas où l'examen s'effectue dans la période de début, ou au cours des syndromes sous-occlusifs à niveaux hydroaériens qui se remettent par traitement médical.

Dans les syndromes abdominaux difficile à diagnostiquer, l'aérocolie diffuse, ou à aspect flou, nous incite à suspecter la présence du liquide dans la cavité abdominale.

Dans ces cas, la séméiologie clinique soutient tant la thérapie médicale, que celle chirurgicale.

En général, on peut dire que l'examen radiologique a une valeur toute particulière, et que le dicton établi il y a 30 ans par Mondor, conformément auquel, en présence d'un abdomen aigu, "un examen baryté est grave, tandis qu'un examen sans baryum est inutile" est totalement périmé.

Les deux techniques ont leur valeur à elles, individualisée d'après la symptimatologie clinique et l'état du malade.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL ABDOMENULUI ACUT IN URGENTELE UROLOGICE

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.I.Tudosiu, Dr.Sanda Boiu,
Dr.I.Puşcaş, Dr.C.Antonescu, Dr.D.Mirescu
Dr.S.Georgescu
Clinica Radiologie Fundeni-Bucureşti

In cadrul urgenţelor abdominale, stările de urgenţă

In Urologie ocupă un loc însemnat, aparatul reno-ureterovezical avînd un rol de prim ordin între organele vitale, atît datorită marii cantităţi de sînge care trece prin rinichi în 24 ore, cît şi datorită rolului determinant al acestuia în eliminarea deşeurilor metabolice.

Situarea pe o porţiune extinsă din abdomen a organelor componente ale aparatului urinar, de la diafragm la micul bazin şi chiar în afara acestuia (uretra la barbat), ca şi localizarea lor profundă, greu accesibilă explorărilor clinice, fac ca examinările radiologice să fie unele din cele mai importante şi mai hotărîtoare în explorarea aparatului **reno-uretro-vezical,** pentru precizarea timpului, localizării şi extinderii leziunilor în urgenţele urologice.

Trimiterea bolnavilor pentru explorarea radiologică în aceste cazuri se leagă cu predominanţă de cîteva mari simptome clinice care domina simptomatologia de afecţiune urinară.

Durerea poate fi localizată la nivelul lojelor renale şi propagată adesea spre uretere şi apoi vezica, cu senzaţii de micţiune sau poate fi direct localizată pe regiunea uretero-vezicală. Ea este iradiată divers, fie în zonele de vecinătate - lombară, abdominală, baza toracelui (după tipul şi localizarea leziunii) - fie spre coapse şi regiunea rectală sau sacrată. Durerea poate frecvent să îmbrace un caracter violent ducînd la mari tulburări cardio-circulatorii şi respiratorii şi luînd în toată accepţiunea cuvîntului caracterul de "dramă abdominală".

- Hematuria, poate fi diferită atît ca ritm, fiind discontinuă sau permanentă, cît şi ca intensitate, luînd caracterul de hematurie discretă, medie, sau foarte intensă.

- Stările mari febrile, uneori cu evoluţie tipică de infecţie urinară, pot merge pînă la stări grave, toxice sau chiar septicemice.

- Tulburările mari circulatorii pot lua un caracter de hipertensiune paroxistică sau din contră să apară sub forma unor căderi brutale de tensiune, cu tendinţe lipotimice în marile sîngerări prin rupturi de vase, de parenchim renal, vezică sau ureter.

Cauzele care pot duce la apariţia acestor simptome pot fi foarte variate şi complexe, simptomele putînd fi ele însăle diverse ca manifestare, cel mai adesea fiind asociate în diferite grade de intensitate.

Astfel, durerea violentă, cu caracter de colică nefretică, poate fi prezentă atît în calculoza urinară, cît şi în alte cauze de obstrucţie ale tractului urinar cum ar fi chiagurile de sînge, obstrucţiile tumorale ş.a.

Ait tip de durere, cu caracter acut, dar luînd o formă lancinantă sau în lovitură de pumnal poate să apară ca o consecinţă a unui traumatism cu leziuni ale organelor urinare însoţite sau nu de rupturi de organ.

La acest fenomen, ulterior se adaugă şi celelalte semne legate de pierderea de sînge prin hematurie sau în zonele de hematom, localizate sau difuze. Poate coexista şi o stare reactivă şi infecţioasă legată de fuzarea urinii în ţesuturile din jur.

Examenul radiologic al bolnavului, adus de urgență în colică tipică nefretică sau cu durerile lancinante amintite, începe întotdeauna cu un examen direct sau pe gol al abdomenului.

La acesta, în caz că suprapunerile de aerocolie și conținut colic permit o distingere a opacităților renale și a regiunii ureterо-vezicale, trebuie urmărite eventualele imagini hidro-aerice în aceste regiuni - mărturie a colecțiilor mixte (lichidiene și gazoase) constituite.

O bună metodă adjuvantă în îndepărtarea, cel puțin parțială a imaginilor parazite, poate fi constituită de utilizarea uro-tomografiei.

La examenul fără substanță de contrast se vor urmări de asemenea eventualele opacități masive, cu sau fără calcificări prezente, care, ocupînd regiunea pot șterge conturul psoasului și pot mărturisi existența de colecții de diferite etiologii. Alteori se poate remarca prezența unor măriri marcate ale rinichilor, prin inflamații masive sau prin apariția de țesuturi de neoformație, de cele mai multe ori suprainfectate (abces renal, pionefroză calculoasă, perinefrită, tumoră masivă).

Pe regiunea micului bazin trebuie urmărită cu atenție apariția unor eventuale opacități cu aspect de glob vezical în caz de retenție urinară sau de opacifieri difuze cu eventual nivel hidro-aeric. Ultimele se remarcă în cistitele și colecțiile difuze pericistice sau în hematoamele și formațiile gigante regionale.

Cel mai frecvent însă, examenul direct al abdomenului poate evidenția cauza colicii nefretice prin pre-

zenţa de calculi, situaţi la diferite nivele ale aparatului urinar.

Mărimea şi gradul obstructiv al calculilor, deşi în linii mari sînt în report cu modul de manifestare a durerii, nu sînt însă totdeauna direct proporţionali cu intensitatea acestuia calculi foarte mici şi relativ puţin obstructivi putînd cauza suferinţe dramatice (calculul unic, ulterior infectat).

In general, colicile mari sînt mai frecvent prezente în cazul calculilor angajaţi spre ureter sau la diferite nivele ale acestuia (lombar calcul ureteral inferior).

Calculii vezicali sînt în genere mai bine toleraţi în afară de cazurile de blocarea căii de scurgere la nivelul colului vezical sau parţială (calcul ureteral).

- Existenţa de calculi bilaterali poate în genere exacerba simptomatologia putînd duce uneori chiar pînă la instalarea unei anurii reflexe (litiază ureterală bilaterală).

Dată fiind necesitatea strictă a examinării cu substanţă opacă a unui bolnav parţial sau recent ieşit din colică se pune întrebarea cînd şi cum trebuie făcut examenul astfel ca acesta să fie concludent, ţinînd seama de posibilitatea instalării unor anurii mai adesea reflexe.

In principiu examinările cu substanţă de contrast pot continua numai după un anumit timp examenul direct (pe gol) al aparatului urinar. Ele pot fi constituite din injectarea intravenoasă a substanţei de contrast, cînd se presupune o funcţie renală mai mult sau mai puţin păstrată

uni- sau bilateral sau din folosirea căii aortografice (prin puncţie femurală sau aortică). Mai rar se recurge la cateterismul venos în vederea realizării de examene cavografice.

Două posibilităţi importante trebuie să stea în atenţia radiologului care execută examene cu substanţă opacă în cazul anuriilor cu creşterea azotemiei.

In prima situaţie, cînd anuria survine pe un rinichi fără antecedente de insuficienţă renală, ea este cel mai adesea trecătoare şi de origine spastică reflexă, atît pe vase, cît şi pe căile excretoare. Este suficient adesea să fie combătut spasmul spre a se obţine reapariţia excreţiei urinare. In unele cazuri e suficientă sondarea celor două **ureter**e, manevră legată însă de riscuri bine cunoscute.

In cea de a doua situaţie, cînd anuria se grefează pe un fond de insuficienţă renală de diverse grade şi etiologii, examinarea radiologică trebuie să se ferească de a exacerba fenomenele prin manevre **intempestive** şi se recomandă în primul rînd o cură de depurare executată la rinichiul artificial.

Anuriile reflexe pe rinichi unic chirurgical sau chiar simpla întîrziere a secreţiei şi producerea intensităţii în astfel de cazuri sînt suficiente spre a alarma examinatorul impunînd prudenţă extremă şi ferirea de manevre traumatizante.

Examenul poate deveni concludent, mai ales dacă se va dubla sau tripla cantitatea de substanţă opacă sau se va trece la urografia cu perfuzie, atunci cînd starea bolnavului o permite.

Urografia în perfuzie poate, uneori, prin marea cantitate de substanță opacă injectată în timp scurt (5-5') intravenos cu sau fără substrat vehiculant ca: glucoză, manitolul ș.a., să forțeze o secreție slabă a unui rinichi și să aducă amănuntele necesare în vederea intervenției. Ea precizează astfel atitudinea chirurgului sau diagnosticul, sau numai îl completează. Examenele prin perfuzie sînt cu atît mai indicate cu cît astăzi se caută de principiu evitarea unor manevre **infectante** mai ales cînd bolnavii în cauză prezintă urocolturi sterile și nu au semne de infecție urinară.

In cursul urografiilor prin perfuzie se urmărește atît timpul nefrografic, cît și aspectul căilor excretoare fiecare putînd da importante indicații asupra integrității funcționale și morfologice renale ca și a căilor excretoare.

In caz de nereușită, dacă starea bolnavului și teama de a nu-l infecta o permite, se trece la completarea examenului prin pielografia ascendentă (tumoră renală - cu colică renală stîngă, hematurie, rinichi stîng nefuncțional, meta pe ureterul stîng).

In general însă așa cum s-a amintit anterior, durerea în asemenea cazuri nu constituie totdeauna singurul simptom, ea fiind frecvent însoțită de hematurie care, prin caracterul ei agravează starea bolnavului sau poate trece ea însăși pe primul plan de gravitate.

In cursul unor hematurii abundente, repetate, prezența unor cheaguri inclavate pe ureter poate duce la obstrucții marcate simulînd fie existența de calculi transparenți, fie chiar pe aceea de imagini tumorale. In spe-

cial prezența mai îndelungată a imaginilor transparente în cazuri de hematurii repetate pun cu precădere în discuție diagnosticul de tumoră care este greu de înlăturat fără biopsie sau intervenție. (pseudo-tumoră ureterală).

Chiar la nivelul veziciii urinare chiagurile de sînge, dînd mari imagini lacunare, uneori cu caractere tumorale radiologice, deși constituie cazuri foarte [illegible] trebuiesc total îndepărtate din discuția diagnosticului diferențial, fără confirmări cistoscopice sau operații.

Modul de implantare pe perete, ca și precizarea altor detalii radiologice ale unor imagini lacunare vezicale se poate mai bine pune în evidență atunci cînd regresul dat de starea clinică admite acestea, prin imagini de tip cistopoligrafic sau prin folosirea dublului contrast.

Arteriografia renală, realizată prin injectarea substanței opace în aortă sau pe cale selectivă în una din arterele renale, este utilizată numai în cazurile în care celelalte examene nu au reușit să elucideze cauzele stării de urgență, iar starea bolnavului admite acest tip de examinare. Folosind puncția translombară aortică, cale mai ușoară și necesitînd oarecare experiență și manualitate sau cea a cateterizării retrograde femurale, cu sau fără cateterizare selectivă pe arterele renale, ea furnizează amănunte prețioase. Atît primul tip, cel arterial, cît și cel venos pune în evidență forma și integritatea vaselor renale prezentînd eventualele tromboze si stenozări de diverse grade, rupturile vasculare sau vasele [illegible] formație, precum și modificările importante în întreaga arhitectonică vasculară de tip inflamator, malformativ, ș.a.

Arteriografia renală are rol foarte important în marile sângerări de cauză neprecizată, mai ales în condiții traumatice când ea indică chirurgului sediul exact al sângerării.

Cavografia poate de asemenea să aducă prețioase informații în toate afecțiunile trombozante ale marilor vene, de la trombusul traumatic la cel inflamator și tumoral până la stenozele venoase de tip compresiv extrinsec.

Trecând la marile sindroame febrile de tip septic trebuie amintit că fiecare din examenele anterior citate poate aduce aportul în diagnostic.

Explorarea începe tot cu examenul direct, care pune în evidență opacifierea difuză de origine inflamatorie care poate ocupa fie baza renală dând hipermobilitate sau poreză pe diafragm și ștergerea conturului psoasului, fie poate fuza în jos sau în vecinătate.

Se disting ușor aceste aspecte de formațiile tumorale, care sînt mai bine delimitate și mai puțin agresive clinic, ridicînd dificultăți de diagnostic numai abcesele gigante, căr e nu li se poate preciza limite și adesea sînt și infectate. Prezența imaginilor aero-hidrice ușurează mult diagnosticul, dar sînt rare.

Examinarea cu substanță de contrast are aceleași inconveniente ca mai sus, dar reușește, uneori ajutată de perfuzie să precizeze forma, localizarea și sediul inflamației.

In cadrul inflamațiilor jos situate, cistic și pericistic semnele clinice, tușeul rectal sau vaginal și evoluție în timp sînt adesea mai utile în diagnostic decît examenul radiologic.

Urgenţele de tip circulator cu creşteri exagerate cu prăbuşiri tensionale formează în exclusivitate aproape apanajul examenelor arteriografice, singurele în măsură să le elucideze, evidenţiind aşa cum s-a menţionat anterior, modificările de formă, calibru şi umplere ale vaselor renale.

In concluzie se poate spune că, în diagnosticul urgenţelor urologice, radiologia joacă unul din cele mai însemnate roluri, chirurgul urolog neputând să se dispenseze de aportul examenelor urologice atît în faza de precizare a diagnosticului, cît şi în cea de intervenţie şi ulterior de control post-terapeutic.

Ceea ce se cere în aceste condiţii de la radiolog este ca el să fie veşnic conştient de importanţa rolului său şi de responsabilitatea care îi incumbă în situaţia dată, folosind pentru elucidarea cazului prezentat modelele cele mai adecvate de examinare, capabile să pună rapid şi cu minimă traumatizare diagnosticul.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

доц.д-р К.Бутнару, д-р Н.Тудосиу, д-р Санда Бою, д-р Н.Бутнару, д-р Д.Мирческу, д-р С.Джорджеску

В патологии острого живота неотложные урологические случаи занимают важное место.

На основании продолжительного опыта рассматривается в оригинальной форме проблема неотложных урологических случаев в контексте клинических, лабораторных и рентгенологических данных.

Работа оригинальная и обсуждает многочисленные проблемы, от клинических признаков и роли рентгенологического обследования, до их вычисления.

Описаны показания и возможности каждого рентгенологического метода в отдельности, от самого простого, до наиболее сложного.

Изложение делается по методу дифференциальной диагностики по каждому симптомокомплексу или клиническому признаку, представляющему значение в комплексе проблем, возникающих при рентгенодиагностике острого живота.

Приводятся примеры на клинических случаях, что дополняет работу и добавляет к теоретическим аспектам и практические, взятые из жизни.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DE L'ABDOMEN AIGU DANS LES [illegible]

Conf.Dr.C.Baumeru, Dr.L.Rudosiu, Dr.Sanda Boiu,
Dr. A.Dugcag, Dr C Antonescu, Dr.D Mirescu,
Dr S Georgescu

Ia Clinique Radiologie Sundeni - Bucarest

Les urgences urologiques occupent une place primordiale dans la pathogènie de l'abdomen aigu.

Les auteurs basés sur une experience de longue durée, presentent d'une manière originelle le problème des urgences urologiques, dans le contéxte des donées cliniques, biologiques et radiologiques.

L'ouvrage est original et envisage une multitude de problèmes, en commencent par les signes cliniques et l'apport de l'examen radiologique à l'elucidation de ceux-ci.

On présente les indications de chaque technique avec ces possibilitées, depuis les moin laborieuses jusqu'aux plus compléxes.

L'exposé est connu à la manière du diagnostic differentiel de chaque syndrome ou signe clinique dans le contéxte des problèmes compléxes que representent les affections déterminantes de l'abdomen aigu.

L'illustration par des observations cliniques originélles, vient completer l'ouvrage, en ajoutant aux aspects théoriques ceux pratiques, vivants.

PADIODIAGNOSTICUL ÎN URGENȚELE PEDIATRICE

Conf.Dr.N.Mărgineanu, Dr.Sabina Mărgineanu
Institutul de Medicină Timișoara și Spitalul de copii

La copil bolile sînt mai frecvente și au un caracter de gravitate mult mai accentuat decît la adulți,din cauză că mijloacele de apărare antiinfecțioasă nu sînt încă complet dezvoltate.iar echilibrul proceselor metabolice este foarte labil și ușor dereglabil în prima copilărie.In acest fel ne explicăm prezența mai mare a îmbolnăvirilor la copii, mai ales la cei mici și evoluția gravă pe care o pot lua foarte ușor procesele morbide la aceștia.Deaceea patologia primei copilării și îndeosebi a sugarului prezintă o serie de probleme specifice prin frecvența mai mare a îmbolnăvirilor ca și prin aspectul și evoluția gravă pe care bolile o au la această vîrstă.

Abstracție făcînd de unele boli prenatale incompatibile cu o viețuire mai îndelungată, rămîn însă numeroase afecțiuni care constituie cauze importante de mortalitate infantilă și asupra cărora se poate acționa cu succes. Ele alcătuesc pediatria de urgență, adică acele afecțiuni care indiferent de noxă sau de aparatul afectat periclitează surprinzător de rapid viața copilului. Vîrsta copilului constituind unul din elementele de bază,în stabilirea noțiunii de urgență în pediatrie.

Examenul radiologic aduce un aport prețios în stabilirea precoce a diagnosticului într-o serie de afecțiuni, care vor fi trecute în revistă și ilustrate printr-o bogată iconografie radiologică.

Vom începe cu aportul examenului radiologic [illegible] urgență în afecțiunile acute ale aparatului [illegible], deoarece afecțiunile acute ale aparatului [illegible] un loc de frunte în patologia infantilă, atît la noi în țară, cît și în țările cu climă temperată, constituind primul factor de morbiditate și mortalitate infantilă.

Gravitatea și frecvența afecțiunilor acute ale aparatului respirator la copil se explică în bună parte prin particularitățile anatomo-patologice ale aparatului respirator la această vîrstă.

La copil plămînii se caracterizează printr-o bogată vascularizație a sistemului capilar, care poate duce ușor la hipostază și la posibilitatea de grefare a infecțiilor în regiunile respective. Țesutul elastic mai ales împrejurul alveolelor este slab dezvoltat și datorită acestei particularități se constată apariția de atelectazii, care se produc cu ușurință mai ales în regiunile postero-inferioare ale plămînilor, care sînt și rău ventilate. Bronhiile sînt înguste, în general cu cartilagele moi și cu fibre musculare și elastice slab dezvoltate. In schimb mucoasa bronșică este bogat vascularizată, ceea ce favorizează apariția și dezvoltarea proceselor inflamatorii. Lumenul bronhiilor se obstruează ușor cu mucus inflamator și se pot produce frecvent atelectazii. Arborele respirator al sugarului este foarte ușor încărcat de mucozități din cauza hipersecreției care reprezintă un mod reacțional foarte obișnuit al bronhiilor copilului mic, față de agresiunile cele mai diverse. La copil reflexele tu-

sigene sînt puţin eficace. Labilitatea neuro-vegetativă a primei copilării explică posibilitatea atingerilor respiratorii în cursul unor afecţiuni extrapulmonare. De asemenea este o tendinţă specială la spasm bronşic, ceea ce dă afecţiunilor acute pulmonare o alură de predilecţie astmatiformă.

Pneumopatiile acute constituie un capitol deosebit de important în patologia copilului, nu numai prin frecvenţă şi gravitate cît şi prin pluralitatea etiologiei.

In faţa unui sindrom de suferinţă respiratorie examenul radiologic se impune de urgenţă, urgenţa fiind cuatît mai mare cu cît vîrsta copilului este mai mică, deoarece copii pînă la 2 ani, dau cea mai ridicată cifră de mortalitate prin afecţiuni acute pulmonare. Dintre ele, unile acute pulmonare bronhopneumonia este foarte frecventă la copilul mic, această frecvenţă fiind în dependenţă de proprietăţile morfologice şi funcţionale, caracteristice ale organului infantil la această vîrstă şi pe care le-am enumerat mai sus. Bronhopneumoniile sînt afecţiuni grave; sînt datorite unor germeni foarte diverşi şi sînt caracteristice prin difuziunea şi varietatea leziunilor, care interesează în acelaşi timp atît arborele bronşic, cît şi parenchimul pulmonar. Absenţa de sistematizare a leziunilor se datoreşte anergiei terenului pe care se grefează, bronhopneumonia se întîlneşte la copii pînă la 3 ani şi peste această vîrstă la cei debilitaţi în urma unei boli infecţioase.

Bronhopneumonia reprezintă o particularitate a modului de reacţie pulmonară a sugarului şi copilului mic

şi cu răsunet mare asupra întregului organism. In afară de acest factor general, bronhopneumonia mai este favorizată de anumite particularităţi anatomice şi histo-fiziologice ale căilor respiratorii la sugar. Astfel: slaba dezvoltare a ţesutului elastic şi dezvoltarea mare a ţesutului conjunctiv, care favorizează producerea atelectaziei; respiraţia superficială, datorită poziţiei orizontale a coastelor şi poziţiei în decubitus dorsal al sugarului. In bolile infecţioase cu localizări la nivelul aparatului respirator se mai adaugă secreţia bronşică, vîscoasă care astupă lumenul bronşiilor accentuînd atelectazia. De asemenea o mai mare permeabilitate a învelişurilor mucoasei şi o mai mică facultate de apărare a acestora, accentuate de catarul provocat de bolile infecţioase specifice.

Din cele expuse înţelegem substratul fizio-patologic al polimorfismului imaginilor radiologice găsite în bronhopneumopatiile acute ale copilului şi înţelegem de asemenea de ce examenul radiologic constituie o urgenţă în suferinţa pulmonară, dată de bronho-pneumonie. După distribuţia leziunilor, radiologic găsim o formă de bronho-pneumonie diseminată şi o formă localizată cu macro- şi micronoduli sau macro- şi micronoduli concomitent. Bronhopneumonia cu focarele localizate hiliobazale sau hilar este forma cea mai frecventă. In această formă se produc atingeri sau complicaţii pleuro-pulmonare, abcedarea focarului bronho-pneumonic, pleurezie consecutivă. Tot în forma localizată focarele bronho-pulmonice pot fi situate într-o zonă pulmonară sau într-un lob. Opacitatea pulmona-

ră este neomogenă, uneori cu contur neregulat. Leziunile nu sînt asemănătoare, pentru că au vîrste diferite. Forma localizată a bronho-pneumoniei mai poate lua aspectul în cască, cînd focarele sînt situate în lobul superior drept. In acest caz se asociază şi un important grad de atelectazie. Bronho-pneumoniile pseudolobare pot apare în bandă continuă de-a lungul scizurilor, atît în dreapta, cît şi în stînga. Aceste localizări evoluează cu pleurezie interlobară şi lasă semne scizurale îndelungate.

La măsură ce copilul creşte în vîrstă, reacţiile pulmonare devin mai localizate, ajungînd la forma de pneumonie franc lobară. Pneumonia este în general benignă la copil, prezintă uneori un caracter de urgenţă atît prin gravitatea simptomatologiei, cît şi a complicaţiilor pe care le poate determina. Pneumonia are de multe ori caracterul unei stări infecţioase grave şi în afara examenului radiologic deseori se poate interpreta eronat ca o meningită acută, apendicită acută, febra tifoidă. Diagnosticul este precizat de examenul radiologic, care arată prezenţa unei condensări pulmonare, care atunci cînd este localizată în lobul superior drept la aspectul triunghiului Weil - Mouriquand. In general condensările pneumonice se însoţesc şi de un grad de atelectazie. In ordinea frecvenţei, în cursul pneumoniei pot interveni următoarele complicaţii decelabile prin examenul radiologic: complicaţii pleurale (pleurezii pare-şi meta-pneumonice), scizurite, complicaţii pulmonare (abces pulmonar, pneumotoraxul spontan), complicaţii cardio-vasculare (miocardite, pericardite) etc.

In cadrul pneumopatiilor interstiţiale intră seria la pneumopatii acute şi mai rar subacute cu etiologii variate, dar care se manifestă din punct de vedere clinic şi radiologic printr-o simptomatologie particulară determinată de afectarea interstiţiului pulmonar.

Caracterul comun care face ca pneumonii interstiţiale cu diferite etiologii să fie grupate la un loc este reprezentat de către leziunile anatomo-histologice patologice ale interstiţiului pulmonar, care constau în infiltraţia acestuia cu celule limfo-plasmo-mononucleare şi leziuni infiltrative proliferative ale septurilor alveolare şi interstiţiale. Aportul examenului radiologic în precizarea diagnosticului de pneumonie interstiţială este deosebit de valoros, deoarece există o discrepanţă între semnele stetacustice şi cele radiologice. Radioscopia şi mai ales radiografia pulmonară arată modificări întinse la care nu ne-am fi aşteptat. Se poate spune pe drept cuvânt că decelarea procesului pulmonar este mai mult o descoperire radiologică. Adeseori examenul radiografic este singura metodă care ne arată prezenţa procesului pulmonar în absenţa oricăror altor semne stetacustice.

In pneumoniile interstiţiale imaginea radiologică este mai întotdeauna prezentă la primul examen, constituind simptomul de bază şi care ne arată atingerea pulmonară şi ne atrage atenţia pentru a face şi celelalte examinări. Infiltraţiile pulmonare apar foarte de timpuriu, poate chiar din prima sau a doua zi de boală. Se poate afirma că în pneumopatiile interstiţiale ale copilului

puţinele date oferite de examenul clinic se conturează la adevărata lor valoare prin examenul radiologic. După cum am mai relatat anterior imaginea radiologică din pneumoniile interstiţiale ale copilului este rezultatul substratului anatomo-patologic dat de modificările fizio-patologice care iau naştere la nivelul ţesutului pulmonar interstiţial. Reacţiile ţesutului interstiţial pulmonar duc la apariţia unui desen pulmonar fascicular şi opacităţi fine, neomogene, fără limite precise, întreg fondul avînd aspectul unei structuri în reţea. Consecutiv edemului interstiţial, va fi modificată şi fiziologia normală a plămînului şi vor apărea alterarea schimburilor gazoase de la nivelul alveolei şi reducerea elasticităţii plămînului în fazele respiratorii. Aceste fenomene fac ca noi elemente să se adauge tabloului radiologic iniţial, care devine de un polimorfism extrem de complicat prin apariţia emfizemului, atelectaziilor şi încărcării cordului drept.

Opacifierile din pneumopatiile interstiţiale sînt constituite din infiltraţii şi umbre micro-sau macro-nodulare, mai puţin dense decît cele observate în pneumonia cu pneumococ şi sînt condiţionate în mare parte de natura virusului care le-a produs.

Polimorfismul şi precocitatea lor, tendinţa manifestă la bilateralizare, răspîndirea în evantai, cu punct de plecare hilar, localizarea mai frecventă în lobii inferiori şi unghiul cardiofrenic, lipsa sistematizării de-a lungul scizurilor şi în zonele pulmonare din lobii superiori constituie caracteristicile principale ale pneumopatiei acute interstiţiale.

Spre deosebire de alte pneumonii virotice cu vi-
...uri cunoscute sau necunoscute, la care procesul pulmo-
...ar are un caracter predominant interstiţial, la grip...
...tatea pneumoniilor nu evoluează ca pneumonii intersti-
...iale pure, ci ele au un caracter mixt: interstiţial şi al-
...eolar, predominînd componenţa parenchimatoasă alveolară.

Infecţia pulmonară stafilococică la copil are o evoluţie foarte variabilă şi cu atît mai gravă cu cît copilul este mai mic. Se caracterizează prin: leziuni intersti-ţiale la debut, apoi abcedarea leziunilor pulmonare, constituirea de pioreolarităţi buloase, pleurezii purulente, complicate rapid la sugar cu pneumotorax simplu sau cu supapă sau cu piopneumotorax. În ceea ce priveşte aspectul radiologic acesta ne arată că dintre riile pleuro-pulmonare sînt mai frecvente şi apar în special vîrsta între 0-1 ani şi mai rar între 2-7 ani. La sugar i-terminările pleuro-pulmonare iau aspectul tipic de stafilococie bulonară, jumătate dintre cazuri complicîndu-se cu pneumotorax sau piopneumotorax. Examenul radiologic ne arată apariţia imaginilor buloase în parenchimul pulmonar, evoluţia bulelor, ca şi vindecarea definitivă a procesului.

Dintre urgenţele aparatului respirator la copil la care examenul radiologic constituie o urgenţă este astmul bronşic. Astmul infantil este frecvent şi la sugar şi la această vîrstă prezintă un caracter dramatic şi brutal. Explorarea radiologică are o importanţă deosebită deoarece modificările radiologice găsite sînt caracteristice. Menţionăm importanţa probei radiologice funcţionale pulmonară, prin metoda Socolov combinată cu metoda Sprenger-Denisier şi

care se arată în astm [illegible] pulmonari; în inspirul forţat şi expirul forţat.

Dacă examenul radiologic este făcut în perioada de [illegible] totală a transparenţei pulmonare bilaterale. După o anumită vechime a bolii câteva luni sau chiar după primele accese, tabloul radiologic al astmului infantil este găsit permanent, atît în timpul crizelor cît şi între acestea.

Un capitol cu deosebită importanţă îl constituie corpii străini din căile aeriene, unde examenul radiologic se impune de urgenţă şi are o valoare deosebita alături de examenul clinic şi explorarea bronhoscopică. In mod obişnuit corpii străini determină accidente asfixice şi infecţioase bronho-pulmonare asociate cu tulburări de ventilaţie pulmonară. Aceste accidente depind de volumul corpului străin şi natura sa. Datele radiologice diferă după cum bolnavul este examinat precoce sau tardiv şi după cum corpul străin produce obstrucţie bronşică completă, parţială sau cu supapă. Examenul radiologic [illegible] prezenţa corpului străin dacă acesta [illegible] radiotransparent, cum se întîmplă eventualitatea cea mai frecventă se va controla cu atenţie tulburările de ventilaţie pulmonară. In cazurile neconcludente se va recurge la bronhografia cu lipiodol, care va arăta oprirea coloanei de lipiodol la nivelul corpului străin, pe care-l înconjoară.

La copil, ca şi la adult, edemul pulmonar acut este [illegible] şi constituie o urgenţă majoră în patologia copilului. La copil, edemul pulmonar acut poate

apare ca o complicaţie în cursul unei infecţii pulmonare ca: bronhopneumonia şi pneumonia sau poate apare în nefritele acute hipertensive. Indiferent de originea lui, el joacă un rol important în evoluţia bronsitelor copilare. Aspectul radiologic al edemului pulmonar acut se caracterizează prin diminuarea transparenţei pulmonare de la hil spre periferie, asociată cu o opacifiere întinsă, neomogenă a regiunilor hilare şi juxta-hilare, avînd conturul difuz în dreapta. Regresiunea se face în cîteva zile de la periferie spre hil.

Pneumotoraxul spontan este un sindrom care necesită atît un diagnostic radiologic de urgenţă, cît şi o terapeutică de urgenţă. El este mai frecvent în prima şi a doua copilărie. Se produce mai ales în cursul bronhopneumoniilor, pneumoniei, abcesului pulmonar, în pneumonitila interstiţiale şi mai frecvent în cursul stafilococciilor pleuro-pulmonare, fie primitiv fie secundar. Aspectul radiologic este bine cunoscut.

Urgenţele radiologice ale tubului digestiv sînt reprezentate la nou-născut de unele malformaţii congenitale, care nediagnosticate precoce periclitează viaţa copilului. Atrezia de esofag, cu sau fără fistulă eso-bronşică, se manifestă de la naştere, de la primele tentative de alimentaţie prin vărsături şi regurgitări abundente de salivă. In atrezia de esofag, examenul radiologic simplu are o deosebită importanţă deoarece ne arată prezenţa de imagini de atelectazie pulmonară produsă prin aspiraţie, precum şi prezenţa de aer în stomac, în caz că există fistulă eso-bronşică. Pentru evidenţierea atreziei de esofag,

se introduce o sondă în esofagul atrezic şi se face o radiografie de faţă şi una lateral. Pentru evidenţierea fistulei eso-bronşice se utilizează substanţe de contrast iodate hidrosolubile. Importanţa urgenţei examenului radiologic în atrezia de esofag rezidă în aplicarea cît mai precoce a intervenţiei operatorie, în afara căreia viaţa copilului nu este posibilă.

Hernia diafragmatică congenitală şi relaxarea diafragmatică reprezintă una din marile urgenţe respiratorii neonatală şi examenul radiologic ne ajută la elucidarea diagnosticului prin punerea în evidenţă a breşei diafragmatice prin care herniază un segment al tubului digestiv în cutia toracică, sau prin punerea în evidenţă a relaxării unei cupole diafragmatice.

In malformaţiile esofago-cardio-tuberozitare examenul radiologic al tubului digestiv simplu şi cu substanţă de contrast are un aport deosebit, deoarece el este singura metodă care ne arată prezenţa acestor malformaţii. S-ar putea argumenta că în cazul acestor malpoziţii examenul radiologic nu reprezintă o urgenţă, dar temporizarea duce la deshidratare, distrofie, anemie şi se poate complica cu simptome infecţioase şi hemoragice corespunzătoare. Diagnosticul tipului de malformaţie se face numai prin examenul radiologic cu substanţă de contrast.

In malpoziţiile cardio-tuberozitare copilul prezintă vărsături care apar în cursul mesei, care sînt rebele în tratament, agravate în decubitus orizontal şi calmate în ortostatism; în stenoza pilorică hipertrofică congeni-

tală, copilul varsă în jet. în medie după 2 săptămîni de la naştere pînă în luna II-III, iar apoi excepţional. Aceste vărsături duc la deshidratare şi la alterarea stării generale. Astfel, stabilirea diagnosticului devine o urgenţă pentru a se putea interveni chirurgical în timp util. Examenul radiologic al tubului digestiv cu substanţă de contrast ne pune în evidenţă modificările radiologice de o deosebită importanţă pentru diagnostic: prezenţa de unde peristaltice, evacuarea pilorică filiformă, staza gastrică, dilatarea prepilorică etc.

Problema diagnosticului ulcerului gastro-duodenal la copil, devine o urgenţă cînd este suspectată o perforaţie a acestuia sau la sugarii şi copii mici, care nu pot preciza durerea şi semnul revelator fiind de multe ori hematemeza sau melena. In ceea ce priveşte problema diagnosticului ulcerului gastro-duodenal la copil examenul radiologic are o importanţă deosebită în diagnosticul pozitiv şi diferenţial al bolii ulceroase, în urmărirea evoluţiei clinice şi a depistării unor eventuale complicaţii La copil examenul radiologic gastro-intestinal cu sulfat de bariu trebuie făcută cu multă grijă şi el poate pune în evidenţă semnul direct al ulcerului - nişa -, dimensiunile nişei fiind în funcţie de localizarea şi vechimea leziunii anatomo-patologice Examenul radiologic ne mai poate pune în evidenţă şi semnele indirecte al ulcerului care sînt de asemenea legate de localizare şi aspectul anatomo-patologic. Este necesară stabilirea cît mai urgentă a diagnosticului fiindcă evoluţia ulcerului gastro-duodenal la copil este ameninţată de aceleaşi complicaţii ca

şi la adult: hemoragia uneori mortală, perforaţia în peritoneu liber sau stenoza pilorică.

In invaginaţiile intestinale la copil examenul radiologic sub forma clismei baritate, efectuată sub control radioscopic, ajută la stabilirea diagnosticului precoce şi uneori la reducerea invaginaţiei.

Din punct de vedere diagnostic, clisma baritată este utilă pentru a decela precoce invaginaţia, pentru a elimina afecţiunile cu care seamănă invaginaţia şi pentru a recunoaşte invaginaţiile deinvaginate precoce. Unul din serviciile cele mai mari pe care le face clisma baritată est- recunoaştarea unei invaginaţii înainte de apariţia emisiunilor sanguinolente. Cînd se ezită între o invaginaţie şi o altă afecţiune sau cînd se discută posibilitatea unei desinvaginaţii spontane examenul radiologic are o valoare demonstrativă. O explorare radiologică ce arată integritatea cadrului colic va aduce un argument serios pentru a îndepărta o intervenţie exploratorie. Imaginile radiologice găsite în invaginaţiile intestinale sînt: aşazisa imagine de amputaţie, imagine de cupulă, imaginea lacunară, imaginea în cocardă, sau imaginea unei duble semilune, care este dată de o invaginaţie complexă.

Examenul radiologic al ocluziei intestinale are o mare importanţă pentru stabilirea precoce al diagnosticului. Examenul radiologic "pe gol", fără nici o pregătire prealabilă, poate fi de un real folos pentru diagnostic. Apariţia imaginilor aerice sau hidroaerice pot fi observate în toate parezele intestinale de origine variată (hematom subperitoneal, colică renală, reacţii peritoneale, toxicoză etc.).

Din punct de vedere clinic asocierea lor cu o durere abdominală apărută brusc le dă o valoare diagnostică indiscutabilă.

Prin examenul radiologic se poate preciza uneori şi sediul ocluziei. Imaginile hidroaerice multiple, independente etajate ca tuburile de orgă sînt caracteristice pentru ocluziile intestinului subţire. Cu cît obstacolul este localizat mai sus cu atît manifestările clinice ale ocluziei sînt mai precoce şi mai grave.

In ceea ce priveşte litiaza biliară aceasta se întîlneşte rar la copil; se poate produce în orice vîrstă a copilăriei. La copii crizele nu sînt totdeauna tipice şi de cele mai multe ori se remarcă numai dureri difuze abdominale. Radiografia simplă ne arată prezenţa calculilor radio-opaci. La copil ca şi la adult, colecistografia cu substanţa de contrast dă aceleaşi rezultate.

Examenul radiologic (fără o prealabilă pregătire) îşi are aportul său şi în colică renală, produsă prin calculi radioopaci care se pot întîlni şi la sugari, la care se exteriorizează prin perioade de nelinişte mare. Diagnosticul se confirmă prin radiografia renală simplă, care ne arată prezenţa calculilor radio-opaci. Localizarea mai frecvenă a calculilor este vezica urinară, dar calculii pot fi găsiţi la toate nivelurile aparatului urinar. La copil metodele radiologice de examinare a aparatului urinar cu substanţe de contrast iodate sînt aceleaşi ca şi la adult şi pot fi folosite la orice vîrstă. Este importantă depistarea cît mai precoce a litiazei urinare la copil, deoarece litiaza produce modificări anatomice şi funcţionale atît la

nivelul căilor urinare superioare, cît şi la nivelul celor inferioare.

In cazul cînd litiaza nu este prea veche şi nu s-a infectat, tulburările secretorii şi de tonus sînt reversibile, totul intrînd în normal după eliminarea sau îndepărtarea chirurgicală a calculului.

In ceea ce priveşte aportul examenului radiologic de urgenţă în patologia cardio-vasculară la copil, dintre toate metodele de examinare radiologică, radioscopia rămîne metoda fundamentală şi trebuie să reprezinte prima treaptă cu care se va începe întotdeauna. Principalele avantaje ale acestei metode constau în faptul că ea ne permite să examinăm în ansamblu toracele, să examinăm toate contururile imaginii cardio-vasculare în toate incidenţele, să apreciem poziţia, forma, mărimea cordului şi a vaselor, cît şi irigaţia pulmonară prin aprecierea modificărilor hiluri-lor, ale transparenţei pulmonare, cinetica hilară, amplitudinea şi ritmul pulsaţiilor

Examenul radiologic în procesele patologice cardio-vasculare ne ajută la stabilirea diagnosticului, în măsură în care aceste procese patologice modifică global sau parţial dimensiunile şi configuraţia siluetei cardiace, realizînd o cardiomegalie globală sau o cardiomegalie parţială.

Examenul radiologic ne mai ajută în stabilirea diagnosticului diferenţial între cardiomegaliile reale, primitive sau secundare, de cardiomegaliile aparente (pseudocardiomegalii) produse prin hipertrofie de timus, forma cardiomegalică, reacţii pleurale, mediastinale, adenopatii

tbc, atelectazii etc.

Aportul examenului radiologic de urgenţă este apreciabil şi în diagnosticul cardiomegaliilor reale produse prin afecţiuni cardiace hemodinamice, afecţiuni miocardice, afecţiuni pericardice ale căror modificări radiologice sînt bine cunoscute.

Urgenţele leziunilor traumatice osoase sînt bine cunoscute şi nu le mai expunem.

Urgenţele în hipertensiunea craniană sînt bine cunoscute şi uşor de precizat radiologic.

РАДИОДИАГНОЗ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ СРОЧНОСТИ

Авторы: д-р Н.Жарминяну, д-р Сабина Жарминяну
Кишиневский онкологический институт и Детская больница Кишинэу

Краткое изложение

Среди неотложных радиологических признаков легочных, плевральных, почечных и абдоминальных заболеваний срочного характера.

Каждое заболевание, представляющее срочность в педиатрии, многократно иллюстрируется радиоснимками /диагностическими/.

Интерпретация радиологических данных возможна лишь при правильном толковании клинической картины, патофизиологии и возрастных соотношений.

Срочность в педиатрии - частое явление. Большинство случаев нуждается при определении диагноза срочного ха-

диологического исследования в условиях правильного анатомо-
ны и морфопатофизиологического толкования.

LE RADIODIAGNOSTIC DANS LES URGENCES PEDIATRIQUES

Conf. Dr.N.Mărgineanu, Dr.Saoina Mărgineanu

Les auteurs exposent les symptomes radiologiques dans les affections pulmonaires, cardio-vasculaires, rénales, abdominaux etc. qui ont un caracter d'urgence.

Chaque affections qui représente une urgence en Pédiatrie est illustré, par nombreux films radiologiques (diapositive).

L'interpretation de l'éxamen radiologique doit être faite par une rigureuse interprétation des dattes atentiques, de phisiopathologie, en rapport avec l'âge de l'enfant.

Les urgences pediatriques sont fréquentes et la précision du diagnostic dans la majorité des cas nécessite un examen radiologique urgent et très rigureusement éfectué et interprété.

ORGANIZAREA SI FUNCTIONAREA SERVICIILOR DE RADIOLOGIE IN UNITATILE CU PROFIL DE URGENTE MEDICO-CHIRURGICALE

Prof.Dr.I.Krepsz, Dr.I.Kozma
Clinica de radiologie a I.M.F. Tg.Mureș

Medicina, care altădată era o artă de raţionament, de fler, de cunoştinţe relativ sumare şi care obţinea uneori

rezultate şi datorită unor conjuncturi speciale, întîmplătoare chiar, a devenit, mai ales în ultimul secol, o disciplină bine închegată, o ştiinţă deosebit de concretă, bazată pe fapte experimentale, care dispun de posibilităţi tehnice foarte avansate de explorare şi de multiple mijloace pentru terapeutică. Acestea permit, îndeosebi datorite progreselor din ultimul deceniu, abordare a unei serii de afecţiuni considerate altă dată ca imposibil de rezolvat, fapt în urma căruia beneficiază bolnavii chiar în stadii avansate, care în trecut erau consideraţi iremediabili. Rezultatele spectaculare ale transplantărilor de organe, ale procedeelor de resuscitare jalonează posibilităţile în perspectivă, implicînd în acelaşi timp cugetarea asupra riscurilor şi responsabilităţii. Aceasta se referă mai ales la o specialitate prin excelenţă tehnică, ca radiologia, cu un dinamism de dezvoltare accentuat în zilele noastre. A sosit timpul pentru a încerca să conturăm rolul, perspectivele şi necesităţile radiologiei în ansamblul diagnostic şi terapeutic, pe care ştiinţa modernă îl acordă medicinei în lupta cu cinci minute înainte şi după moartea clinică.

O dată cu primele rezultate spectaculare obţinute la subiecţi grav traumatizaţi chirurgical, s-a constatat că aceeaşi problemă de reechilibrare a funcţiilor vitale se ridică şi pentru bolnavii cu afecţiuni grave respiratorii, renale, hepatice, cardiace, neurologice, copii cu toxicoze grave. S-a constatat deci, că în momentul decisiv, cînd omul se află între viaţă şi moarte, noţiunea de specialitate medicală dispare sau trece pe un plan cu totul secundar.

Important este în acel moment doar restabilirea unei funcţionări corespunzătoare a aparatelor circulator, respirator, de epuraţie etc, care ridică practic aceleaşi probleme indiferent de afecţiune aparţinînd unei singure specialităţi. De aceea a apărut logică şi necesară concentrarea tuturor bolnavilor cu acest numitor comun în aceeaşi zonă a spitalului, şi perfecţionarea unor cadre medicale şi medii pentru îngrijirea acestei categorii de bolnavi. Industria tehnică medicală nu a întîrziat să-şi aducă aportul, confecţionînd aparate de diagnostic şi terapie, a căror eficacitate este într-adevăr din ce în ce mai evidentă. Ele impresionează însă şi prin preţul lor atît de ridicat, alt factor care impune concentrarea acestor bolnavi în aceeaşi zonă de spital.

In consecinţă, unităţile de terapie intensivă şi subintensivă trebuie incluse într-o secţie complexă care cuprinde: anestezia, terapia intensivă şi transfuzia, secţie independentă de restul spitalului.

Bolnavii subacuţi, cu funcţiunile vitale menţinute, dar care necesită de asemenea o terapie mai activă, impun un control mai frecvent din punct de vedere al urmăririi evoluţiei clinice. Aceşti bolnavi pot fi îngrijiţi în secţiile diferitelor specialităţi, fiind însă de asemenea imobilizabili, ridică probleme speciale în cazul explorărilor radiologice.

Ne propunem în lucrarea de faţă, ca să tratăm următoarele probleme:

- aportul radiologiei în asistenţa intensivă a:
  traumatizaţilor şi politraumatizaţilor

în monitoringul postoperator al operaţilor cardiaci şi în "coronary care", semnalînd, dacă se ivesc forme patologice noi, cît şi dacă observaţia dinamică a bolnavilor necesită:

- aparatură specială diferită de cea convenţională,
- condiţii tehnice pentru exploatarea raţională a acestora,
- cerinţe organizatorice şi de arhitectură funcţională a integrării serviciilor moderne de radiologie pentru a face faţă cerinţelor specifice asistenţei optime a bolnavilor necesitînd terapie intensivă sau subintensivă.

Bolnavii politraumatizaţi, al căror număr se ridică din ce în ce mai mult în urma sporirii accidentelor de circulaţie şi de muncă sînt în stadiul catastrofei acute şi medicul traumatolog trebuie să decidă rapid care să fie tactica examenelor şi a tratamentelor. Nu se poate accentua suficient, că prioritatea o au: restabilirea funcţiilor vitale, deşocarea, hemostaza, imobilizarea, anestezia, şi numai după acea urmează examenul radiologic, care are scop dublu: contribuie la stabilirea diagnosticului şi controlează eficienţa procedeelor aplicate.

In traumatismul membrelor şi controlul intervenţiilor, rolul radiodiagnosticului este bine cunoscut.

In traumatismele toracice, pentru stabilirea planului de tratament, trebuie precizate natura, extinde-

rea, localizarea acestora. In plăgile deschise toracice se pot evidenţia emfizemul subcutanat, pneumotoracele, hemotoracele, hematomul pulmonar, se va stabili configuraţia cordului, alteraţii ale organelor mediastinale, eventual simptome abdominale.

In traumatismele toracice acoperite, se va stabili existenţa, locul şi extensiunea fracturilor costale, ale sternului. Fracturile costale multiple extinse, pot altera - prin mişcările respiratorii paradoxe - aparatul circulator şi respirator.

Hemotoracele care la aspiraţii repetate se reface rapid, ridică posibilitatea leziunii vaselor mari, iar dacă plămînul nu expandează după aspiraţie continuă şi există şi emfizem mediastinal şi subcutanat, suspectăm o leziune traheală sau bronşică.

Urmări grave poate avea asupra aparatului respirator şi circulator, ruptura diafragmatică nedescoperită, care poate fi mascată de hemotorace, atelectazie neomogenă. Diferenţierea o putem face prin administrarea prin sondă a substanţei de contrast hidrosolubile, chiar în timpul deşocării. Urmărirea dinamică este decisivă, deoarece chiar în cazul conturului diafragmatic aparent intact, se pot manifesta mai tîrziu consecinţele rupturii diafragmatice.

In cazul traumatismelor abdominale, rolul radiodiagnosticului este mai puţin important, gravitatea extremă necesitînd intervenţie chirurgicală imediată, însă stratul de aer subdiafragmatic poate da indicaţii valoroase. In cazul cînd examenul în ortostatism este contraindicat, se

va încerca în poziţie oblică, sau se efectuează radiografii latero-laterale în decubit dorsal.

Leziunile organelor parenchimatoase nu produc simptome radiologice, în afara rinichilor. Leziunile renale se pot evidenţia prin radiografia efectuată după perfuzia substanţei de contrast, chiar în stare de şoc şi tensiune de 100 mm/Hg.

In traumatismele cranio-cerebrale angiografiile efectuate chiar în stare inconştientă, indică locul hemoragiei intracraniene, ceea ce ghidează tactica intervenţiei.

Un capitol nou al radiologiei îl constituie simptomatologia operaţilor cardiaci şi a celor cu infarct miocardic, deoarece urmărirea dinamică continuă oferă informaţii diagnostice şi prognostice valoroase.

Se recomandă insistent efectuarea la bolnavul cardiac înainte de intervenţie, unei investigaţii radiologice la pat, cu parametri bine cunoscuţi, investigaţie care va servi în cursul urmăririi dinamice a evoluţiei ca bază de comparaţie, permiţînd totodată punerea în evidenţă a eventualelor complicaţii imediate: atelectazii, pneumonite, pleurite, hemotorace, embolie pulmonară, emfizem subcutanat, dilatare cardiacă miogenă, pericardită, pneumopericard, hemopericard, anevrism cardiac sau al vaselor mari, situaţia electrozilor de pacemaker, continuitatea acestora, poziţia valvelor artificiale etc.

Toate aceste date impun secvenţa intervenţiilor terapeutice: aspiraţie, evidarea bronhiilor, reoperaţie etc. Chiar şi radiografiile efectuate în primele ore după operaţie pot indica succesul intervenţiei prin normaliza-

rea tulburărilor hemodinamice (dispariţia edemului pulmonar interstiţial, diminuarea hipervascularizării etc.). Este foarte important continuarea controlului radiomorfologic pentru precizarea complicaţiilor ulterioare. Ace de exemplu, o operaţie urmată de un interval de 6-7 zile fără reacţii, după care apar simptomele unei pleurite, pericardite şi pneumonii, ne determină la stabilirea diagnosticului de sindrom postcardiotomic (autoalergic). Controlul periodic postoperator oferă date importante referitoare la sechele tardive ca: deformităţi cicatriciale, anevrisme, corpi străini restanţi etc.

Bolnavul de infarct miocardic este în stare gravă de şoc şi necesită terapie intensivă. "Coronary care"-ul este deosebit de exigent din punct de vedere al radiodiagnosticului. Urmărirea dinamică impune efectuarea zilnică a radiografiilor standard în prima săptămînă, mai tîrziu după necesităţi, dar cel puţin o dată la săptămînă. In unele cazuri (aprox.la 10 zile), se poate evidenţia o opacifiere parahilară difuză, a cărei contur se intensifică şi cedează încet. Acest simptom agravează prognosticul. Importanţă deosebită are examenul radiologic în diagnosticul diferenţial al infarctului faţă de embolii pulmonare, pneumonii, pleurite etc. Şi aici radiografiile efectuate la internarea bolnavului servesc la elucidarea complicaţiilor ulterioare, ca anevrismele ventricolului stîng, a sindromului lui Dressler, care adesea se confundă cu un infarct nou, din cauza durerii precordiale, leucocitozei şi accentuarea VSH-ului.

Cele relatate accentuează importanţa decisivă a

examenului radiologic în toate cazurile de terapie intensivă şi subintensivă, indicînd instaurarea unei ramuri noi a radiodiagnosticului, a cărei simptomatologie, importanţe, posibilităţi şi teren de indicaţii este în curs de formare prin crearea condiţiilor tehnice şi organizatorice a evoluării optime. Aşadar trebuie să trecem în revistă şi aceste probleme tehnice şi organizatorice.

Examenul radiologic al bolnavului grav, imobilizabil, internat în servicii de terapie intensivă şi subintensivă, impune efectuarea acestuia "la pat". Valoarea radiografiilor efectuate în saloanele convenţionale, dar şi în serviciile de monitoring, cu aparatura convenţională portativă semiundă, este foarte redusă si poate chiar să dezinformeze medicul, fiind adecvat cel mult la efectuarea radiografiilor membrelor. Că se mai efectuează totuşi în unele servicii şi astăzi, este de caracter pur formal şi cu intenţie defensivă, ca medicul să se debaraseze de acuzarea de neglijenţă. Forţarea transportului bolnavului şi poziţionării necesare poate avea urmări şi mai grave, în special la bolnavii cu comoţii cerebrale grave, fractură a bazei craniului, infarct miocardic, catastrofe abdominale acute etc. Tehnica actuală furnizează deja aparate de capacitate mare, monobloc, cu patru kenotroane, portative. Aceste aparate, cu filme de mare sensibilitate şi ecrane întăritoare cu factor ridicat de amplificare, oferă posibilităţi deosebite în efectuarea radiografiilor irepetabile "la pat", prin asigurarea următoarelor condiţii tehnico-organizatorice: 1. Cu ocazia proiectării serviciilor de terapie intensivă şi subintensivă, pe lîngă amplasarea

aparaturii necesare controlului permanent, reanimării, restabilirii şi menţinerii funcţiilor vitale, trebuie să existe loc suficient accesului aparatului de radiografie monobloc, cu patru kenotroane (de tipul Monomobil, Medirell etc.), la patul bolnavului. 2. Racordul convenabil la reţeaua de forţă, dimensionat în acest scop, deoarece reţeaua obişnuită nu este corespunzătoare.

3. Construirea convenabilă a patului, pentru poziţionarea corespunzătoare a bolnavului, fără transbordare.

4. Asigurarea condiţiilor de protecţie contra radiaţiilor atît a bolnavului, a celorlalţi bolnavi din salon cît şi a personalului medical.

5. Crearea condiţiilor de developare rapidă şi precisă a radiografiilor, într-o cameră obscură prevăzută cu aparatură automată, expunerea prin iontomat, care asigură fluidizarea procedeelor "tehnologice" ale examenelor, tinzînd să devină procedee de rutină, indispensabile.

Pe lîngă crearea condiţiilor tehnice, se impun şi măsuri organizatorice esenţiale ca:

1. Asigurarea gărzii permanente de medic radiolog şi asistentă de radiologie realizabilă prin rotarea întregului personal medical şi mediu în serviciul de gardă.

2. Pentru a putea face faţă cerinţelor specifice muncii în cadrul secţiei de terapie intensivă şi subintensivă, exploatarea optimă a aparaturii, trebuie să se asigure perfecţionarea permanentă a tuturor cadrelor. În acest scop este de recomandat, ca unul dintre medicii primari să fie însărcinat cu coordonarea şi dirijarea problemelor legate de această ramură nouă a radiologiei medicale.

3. Se va instrui întregul personal în vederea exploatării aparaturii întregi de radiodiagnostic, care poate servi în timpul gărzii la efectuarea examinărilor de urgenţă, inclusiv a angiografiilor cerebrale.

In cunoştinţa problemelor ridicate de asistenţa de urgenţă în serviciile centrale de radiodiagnostic, se impun condiţii privind amplasarea acestora în complexul spitalicesc modern pentru bolnavi gravi acuţi. Terapia intensivă impune o colaborare în echipă cu diferite specialităţi. Serviciul de terapie intensivă, ca şi cel de radiologie centrală este unic pe spital. Este logic, ca acestea să fie la acelaşi nivel şi alăturate (cum ne arată exemplu spitalului nou de 610 paturi din Frankfurt/Main - Praunheim) In spitalele vechi de sistem pavilionar, soluţia temporară este construirea unui bloc nou central pentru secţia de terapie intensivă, radiologie şi laborator, toate acestea contribuind la asistenţa cazurilor de urgenţe.

O problemă esenţială, dar încă insuficient pusă la punct, este aceea a transportului bolnavului, de la locul accidentului - unde trebuie să înceapă procedeul de reanimare şi îngrijire - la faza de explorare clinică şi radiologică, până la sala de operaţii, gipsare, şi la patul de terapie intensivă. Dispozitive, târgi, saltele glisante au fost construite de firmele Elema-Schönander şi Siemens, cu ajutorul cărora bolnavii pot fi transportaţi cu helicopter sau autosalvare la spital, unde pe un cărucior cu ridicare şi coborîre pneumatică cu platformă radiotransparentă, poate fi cuplat la aparate variate de radiografii de mare randament, pentru efectuarea radiografiilor chiar

în cursul deşocării şi reanimării. (Această aparatură de transport poate fi folosită în fiecare serviciu de radiologie, pentru asistarea bolnavilor suferinzi de un şoc în urma administrării substanţelor de contrast uzuale).

Cu toate că în orchestra vastă ce în fiinţă pretutindeni pentru asistenţa promptă şi optimă a bolnavilor necesitînd intervenţii medico-chirurgicale, radiologia nu joacă rolul viorii prime, dar cîştigă din zi în zi o importanţă tot mai mare, cu perfecţionările tehnice, impunînd crearea unor condiţii de arhitectură funcţională. Trebuie asigurat circuitul bolnavului cu aparatura de transport sus amintită, ceea ce necesită respectarea gabaritelor acestora atît în jurul patului de terapie intensivă, cît şi pe coridoare, ascensoare, uşile de acces ale cabinetelor de tratamente, radiologie etc. Trebuie să se asigure circuitul aparatelor mobile de mare randament, loc pentru depozitarea acestora şi un serviciu de radiologie cu cameră obscură, developare automată, eventual unitate Picker-Polaroid, pentru efectuarea radiografiilor instantanee, detaşat în secţia de terapie intensivă şi subintensivă.

De această nouă ramură a radiologiei, care începe să se contureze abia în zilele noastre, trebuie să ţinem seama chiar la proiectarea unităţilor spitaliceşti noi ierarhizate, diferenţiate după gravitatea cazurilor de asistat, ce impun o serie de probleme cu interdependenţă de organizare, dotare şi amenajare, costisitoare, exigente. Nu ne mai putem mulţumi cu cîte un aparat mobil semiundă la secţiile de terapie intensivă, sau un aparat de radioscopie cu amplificator de imagine, deoarece informaţiile diag-

nostice furnizate de examenele radiologice efectuate la timp şi cu aparatura corespunzătoare sînt decisive pentru intervenţiile terapeutice corecte.

In anul 1972, două simpozioane internaţionale importante (la Honolulu şi Mainz) au tratat posibilităţile şi avantajele transportului accidentaţilor de la faţa locului, direct la helicoportul spitalului, reducînd timpul de transport şi traumatizarea bolnavului la minimul posibil, cît şi comunicarea prin radio cu spitalul de primire pentru a pregăti cadrele competente şi sălile de operaţii în concordanţă cu specificul leziunilor, reanimarea începîndu-se deja în helicopterul bine dotat.

In consecinţă, din echipa multidisciplinară a serviciului de terapie intensivă şi subintensivă nu mai poate lipsi nici radiologul, cu aparatură şi pregătire corespunzătoare.

ORGANIZATION AND FUNCTION OF RADIOLOGICAL DEPARTMNETS IN MEDICAL AND SURGICAL EMERGENCY HOSPITALS

Prof.Dr. I.Krepsz, M.D. and Dr.J.Kozma, M.D.

The increased claims as to the X-ray departments investigating medico-surgical emergency cases of different kinds, request the study of their integration into the up to date emergency hospital planning, as well as in those ones with profile of emergency. The tasks of the radiological investigations of pations suffering from emergency cases consist of accidents or caused by the increased traffic and medical emergencies (intoxication, perforation

caused by ulcer etc.).

In order to realize the necessary conditions, it shoud be studied the functional structure of the X-ray department as well in the out of date hospitals, with possibilities of perfectioning of them, as well in the up to date monobloc ones.

In the desire to assure the hoghest efficiency and to avoid the diagnostical errors and their eventually fatal consequencies, it is requested to give the exactly indications to carry out the radiological explorations needed, as well the properly preparations of the patiens before starting them.

The specific problems are discussed in connexion with the radiological findings, arhivation of radiograms, the juridical implications of them, in relation with patients meeting with an accident.

COMMUNICATION

ORGANISATION DE LA RADIODIAGNOSTIQUE URGENTE EN BULGARIE

Prof.G.Hadjidecov, St.Kraytchev et L.Lenolov (Sofia)

ACADEMIE MEDICALE - CHAIR DE RADIOLOGIE

L'exploration radiologique a une grande importance pour le diagnostic des maladies et de traumatisme aigus. Cela vaut surtout pour la pathologie spontanée des deux cavités (thoracique et abdominale) ainsi que chez le traumatisme. Selons nos recherches l'exploration radiologique s'applique dans notre pays différemment chez les maladies d'urgence (avant tous chez le traumatisme des membres, chez l'obstruction intéstinale, chez les ulcères perforés, puis chez les traumatismes du crâne et de la colonne vértébrale, de la cage thoracique etc.). On n'utilise suffisament les méthodes radiologiques spéciales et nouvelles (par exemple l'angiographie). Nos recherches montrent qu'il-y-a un grand besoin de mesures d'organisation du sécours médical d'urgence, un service permanent radiologique dans les centres de sécours médicale d'urgence, une orientation clinique des radiologistes, ainsi que des mesures d'amélioration de la qualification des radiologistes travaillants dans le secours médicale d'urgence (Y compris des cours de spécialisation et de perfectionnement, l'édition des manuels, des instructions méthodiques etc.). Les radiologistes, les chirurgiens et les autres spécialistes doivent être bien instruits sur les possibilités et les limites des méthodes

d'exploration radiologique.

DEPISTAREA RADIOLOGICA A HEMATOAMELOR INTRACRANIENE LA POLITRAUMATIZATII CU PARTICIPARE CRANIO-CEREBRALA

Prof. Dr. N. Oblu, Dr C Aldescu, Dr Ch. Săndulescu
Dr. Th. Obreja, Dr C Tetraru
Clinica de Neurochirurgie I.M.F. Iaşi

Autorii, bazaţi pe studiul unui lot de 1.500 politraumatizaţi cu participare cranio-cerebrală, arată valoarea examenelor neuroradiologice în stabilirea diagnosticului de hematom intracranian.

După ce fac o ierarhizare a gravităţii leziunilor, la bolnavii cu suspiciune clinică de hematom intracranian, în funcţie de starea lor neurovegetativă, se stabilesc indicaţiile examenelor neuroradiologice.

Se menţionează dificultăţile întîlnite în executarea acestor examene în cazul asocierii unui traumatism cranio-cerebral cu: fractură-luxaţie a coloanei cervicale, fracturi costale, ale sternului etc.

La cei 220 de bolnavi cu suspiciune clinică de hematom intracranian, angiografia carotidiană a fost indicată în 182 cazuri. In restul cazurilor (38 bolnavi), starea neuro-vegetativă (şoc traumatic, comă gradul IV etc.) a contraindicat efectuarea angiografiei.

In cazul celor 182 de bolnavi, angiografia carotidiană a fost concludentă pentru un hematom intracranian în 97 cazuri (hematom extradural: 52 (53,6%), subdural: 36 (37,1%), intracerebral: 9 (9,2%). In 55 cazuri angiografi nu a prezentat modificări ale topografiei vasculare. In 24

cazuri s-a apelat la P.E.G. care a fost edificatoare pentru un proces expansiv de tip hematom sau dilacerare cu edem perifocal în 12 cazuri.

In 6 cazuri, cînd nici angiografia şi nici P.E.G. nu au fost concludente s-a recurs la ventriculografie, care a stabilit diagnosticul în 4 cazuri.

In concluzie, cînd starea politraumatizatului a permis efectuarea angiografiei carotidiene, aceasta a stabilit diagnosticul în proporţie de 83% (152 cazuri). P.E.G. efectuată pe cale suboccipitală, cu precauţie, completează datele angiografice. Ventriculografia s-a indicat numai într-un număr foarte redus de cazuri.

Diagnosticul diferenţial radiologic între hematomul intracranian sau dilacerarea cu edem este uneori posibil, iar elucidarea o face numai intervenţia chirurgicală.

THE RADIOLOGIC HUNTING OUT OF THE INCRACRANIAN HAEMATOMA IN THE CASE OF THE POLITRAUMATIZED WITH CRANIO-CEREBRAL PARTICIPATION

Prof.Dr.N.Oblu, Dr.C.Aldescu, Dr.Gh.Săndulescu,
Dr.Th.Obreja, Dr C Tetraru
The Neurosurgery Clinic Iaşi

The authors, based on the study of a group of 1500 politraumatized with cranio-cerebral participation, show the value of the neuroradiologic examinations in the establishment of the intracranian haematoma diagnosis.

After they form the seriousness injuries of the hierarchical system, at the pacients with a clinical sus-

picion of intracranian haematoma, and depending on their neuro-vegetative condition there are established the indications of the neuro-radiologic examinations.

There are mentioned the difficulties that are met in the execution of these examinations, in the case of the association of a cranio-cerebral traumatism with: fracture - luxation of a cervical spine, the ribs fractures, of the sternum etc.

In the case of those 220 pacients with a clinical suspicion of the intracranian haematoma, the carotid-angiography was indicated in 182 cases. In the rest of the cases (38 cases) the neuro-vegetative condition (traumatic shock, coma gr.IV etc.) contraindicated the effectuation of the angiography.

In the case of those 182 pacients the carotid-angiography was conclusive for a intracranian haematoma in 97 cases (extradural haematoma = 52 obs.(53,6%), subdural = 36 obs.(37,1%), intracerebral = 9 obs. (9,2%). In 55 cases the angiography did not present the modifications of the vascular topography.

In 24 cases they appealed to the P.E.G. that was conclusive for an extensive process of the type haematoma or dilaceration with perifocal oedema, in 12 cases.

In 6 cases, when neither the angiography nor the P.E.G. were not conclusive they appealed to the ventriculography, that was conclusive in 4 cases.

As a conclusion. when the condition of the politraumatized permitted the effectuation of the carotid-angiography, this established the diagnosis in proportion of

83% (152 cases), P.E.G. made in a suboccipital way, cautiously come to complete the data of the angiography.

The ventriculography was indicated only in a reduced number of cases.

The differential radiologic diagnosis, between the intracranian haematoma or the dilaceration with oedema is sometimes possible, but the elucidation is made only by the operation.

ASPECTE PARTICULARE DE RADIODIAGNOSTIC IN TRAUMATISMELE BAZEI CRANIULUI

Conf.Dr.N.Andronescu, Dr. Z.Nicoară (Clinica radiologică Cluj), Dr.V.Marchiş (Serviciul de Neurologie Spitalul Cl.Nr.2 Cluj)

Din variatele procese traumatice ale bazei craniului cele ale occipitalului bazal prezintă multiple particularităţi şi semnificaţii clinice. Ele se concretizează mai ales în interesarea găurii occipitale, condililor occipitali şi conţinutului (cerebelul, trunchiul cerebral şi măduva); în afectarea concomitentă a balamalei occipito-cervicale; lezarea segmentului superior al coloanei cervicale şi a conţinutului său.

Complexitatea formaţiunilor vasculo-nervoase osteo-articulare şi musculare posibil a fi interesate în procesul traumatic pun probleme dificile şi de mare responsabilitate în investigaţie şi diagnostic.

Examenul radiologic, integrat celui neurologic, constituie element fundamental de diagnostic.

Radiografia simplă şi mărită, statică şi dinamică, tomografia, reprezintă mijloacele cele mai potrivite de investigaţie dacă ţinem seama de faptul că arteriografia (necesară evidenţierii unor leziuni vasculare), encefalo- şi ventriculografia (necesare decelării unor leziuni cerebrale) pot fi folosite cu mare prudenţă şi numai în anumite etape ale procesului traumatic.

Au fost cercetate 67 de cazuri cu traumatisme occipito-cervicale, la subiecţi între 10 şi 74 ani, de sex şi profesii variate (dominat de muncitori).

Metodele folosite au fost clinico-radiologice, iar din mijloacele radiologice de investigare au predominat radiografia simplă, statică şi funcţională.

Folosirea lor corectă întîmpină multe greutăţi date de starea bolnavului, de necesitatea efectuării unor multiple incidenţe, a unor poziţii funcţionale, evitării unor sumaţii.

De aceea am fost obligaţi a modifica incidenţele clasice cu proiecţii transbucale în extensie moderată, occipito-cervicală oblic descendentă, transorbitară oblic laterală, pentru a putea evidenţia unele leziuni osoase minime.

Din observaţiile noastre demn de subliniat menţionăm:

Asocierea frecventă, în peste 29% din cazuri, a leziunilor craniene cu fracturi cervicale superioare (ale maselor laterale de atlas, apofizei odontoide şi arcurilor posterioare C_1, C_2). Evidenţierea lor este dificilă dacă nu se insistă şi nu se găseşte o tehnică potrivită după cum o demonstrează fractura parţială a marginii posterioare a

găurii occipitale vizibilă numai pe radiografia transbucală în hiperextensie.

Prezenţa concomitentă a unor luxaţii craniо-vertebrale, atlo-odontoidiene şi atlo-axoidiene întîlnită de noi în 13% cazuri, fapte care pun probleme de tehnică, de prudenţă şi de tratament.

Astfel luxaţia atlo-axoidiană şi atlo-odontoidiană se văd numai pe radiografii funcţionale transbucale în plan frontal, respectiv sagital; iar fractura de odontoidă numai pe radiografia transbucală în hiperextensie, axială şi tomografie.

Deşi cu gravitate deosebită prin leziunile asociate vasculare, medulo-bulbo-cerebrale, sau posibil a se produce secundar prin mişcări şi manopere nepotrivite (în fracturi de odontoidă luxaţii occipito-cervicale), simptomatologia clinică şi toleranţa este redusă şi de multe ori înseliătoare după ce au trecut cîteva săptămîni.

Pe de altă parte, nu de puţine ori extinderea, profunzimea şi semnificaţia clinică a procesului traumatic depăşesc cu mult semnele evidenţiabile radiologic.

ASPECTS PARTICULIERS DANS LE DIAGNOSTIQUE RADIOLOGIQUE DES TRAUMATISMES DE LA BASE DU CRÂNE

Pr. agregé N. Andronescu, Dr. Z Nicoară (Clinique Radiologique de Cluj) Dr. V. Marchiş (Service de Neurologie de l'Hôpital Clinique No 2 de Cluj

Parmi les différents processus traumatiques de la base du crâne ceux de l'os occipital basal présentent de

multiples particularités à nombreuses significations cliniques.

Elles se concrétisent surtout dans l'affection du trou occipital, des condyles occipitaux et du contenu (cervelet, tronc cérébral et moelle), dans l'affection simultanée de l'articulation occipito-cervicale, la lésion du segment supérieur de la colonne cervicale et de son contenu.

La complexité des formations vasculaires et neurales, ostéo-articulaires et musculaires, qui peuvent être intéressées dans le processus traumatique pose des problèmes difficiles pour l'investigation et le diagnostique.

L'examen radiologique, intégré à l'examen neurologique, constitue l'élément fondamental du diagnostique.

La radiographie simple et agrandie, statique et dynamique, la tomographie représentent les moyens d'investigation les plus adéquats si nous considérons le fait que l'artériographie (nécessaire pour la mise en évidence de certaines lésions vasculaires) l'encéphalographie et la ventriculographie (nécessaire pour le déceler ent de certaines lésions cérébrales) ne sauraient être appliquées qu'avec une très grande prudence et seulement dans certaines étapes du processus traumatique.

On a étudié 67 cas de traumatismes occipito-cervicaux chez des sujets de 10 à 74 ans, hommes et femmes ayant différentes professions (mais surtout des travailleurs). On a appliqué des méthodes cliniques et radiologiques parmi les moyens radiologiques d'investigation on a choisi le plus souvent la radiographie simple, statique et fonctionnelle.

L'application correcte de ces moyens se heurte à

beaucoup de difficultés concernant l'état du malade, la nécessité d'effectuer de multiples incidences, de faire l'examen dans des positions fonctionnelles, d'éviter certaines accumulations.

Par conséquent, pour mettre en évidence certaines lésions osseuses minimales, nous avons été obligés à modifier les incidences classiques à projection trans-buccale en extension modérée, occipito-cervicale oblique descendente, trans-orbitaire oblique latérale.

Parmi les faites observés par nous, nous mentionnons les suivants:

La frequente association, dans plus de 29% des cas, des lesions crâniennes avec des fractures cervicales supérieures (des masses latérales de l'atlas, de l'apophyse odontoide et des arcs postérieurs C_1, C_2. Leur mise en évidence est difficile si on n'insiste pas et si on ne trouve pas une technique adéquate, comme par exemple dans la fracture partielle du bord postérieur du trou occipital qui n'est visible que sur la radiographie trans-buccale dans l'hyperextension.

La présence simultanée de certaines luxations crânio-vertebrales, atlo-odontoidiennes et atlo-axoidiennes, que nous avons rencontrée dans 13% des cas; ces faits posent des problèmes techniques et thérapeutiques et attirent l'attention sur la nécessité de procéder prudemment.

C'est ainsi que la luxation atlo-axoidienne et celle atlo-odontoidienne n'apparaissent que sur les radiographies fonctionnelles trans-buccales en plan frontal, respectivement sagital, tandis que la fracture de l'apophyse odontoide seulement sur la radiographie

trans-buccale en hyperextension, sur colle axiale et sur la tomographie.

Quoique la situation est particulièrement grave, à cause des lésions vasculaires médulo-bulbo-cérébrales qui apparaissent associées ou consécutives aux mouvements et aux manoeuvres incorrectes (dans les fractures de l'apophyse odontoide et dans les luxations occipito-cervicales), la sympatomatologie clinique et la tolérance sont moins importantes et, après une période de quelques semaines, souvent trompeuses.

D'autre part il arrive souvent que l'extension, la profondeur et la signification clinique du processus traumatique dépassent de beaucoup l'importance des signes qu'on peut évidentiés par l'examen radiologique.

AEROGRAFIA SI TRANSILUMINAREA IN URGENTELE NEUROTRAUMATOLOGICE LA "SUGAR"

Prof.Dr.N.Oblu, Dr.Gh.Săndulescu

Clinica de Neurochirurgie Iaşi

Autorii întreprind un studiu pe 25 observaţii de hematoame intracraniene dintr-un număr de 1.137 traumatisme cranio-cerebrale la copii.

Datele clinice şi de anamneză nu sînt suficiente pentru precizarea precoce a unui diagnostic de hematom intracranian posttraumatic la copil. De aceea este necesar a recurge la explorări paraclinice complete; radiografia simplă de craniu, EEG, echoencefalografia, pneumoencefalografia, angiografia carotidiană etc.

Din aceste explorări, se analizează valoarea

"transiluminării STRASBURGER" şi aerografiei la copii între 0 şi 1 an (7 observaţii). Transiluminarea este o metodă simplă, deosebit de utilă, lipsită de riscuri. Poate fi efectuată în serie, urmărindu-se evoluţia unui traumatizat craniocerebral, fie evoluţia postoperatorie a unui hematom intracranian, depistându-se la timp util o recidivă, un colaps cerebro-ventricular sau o atrofie cerebrală. Pentru efectuarea acestei explorări, s-a realizat de autori un dispozitiv conic, cu posibilităţi de reflectare a unui fascicul luminos spre calota craniană a copilului.

Datele examenului diafanoscopic s-au coroborat cu imaginile obţinute prin aerografie cerebrală după punctia fontanelei bregmatice.

Aceste metode inofensive, realizabile în condiţii de urgenţă neurotraumatologică la copilul mic, permit un diagnostic de hematom intracranian, precum şi supravegherea evoluţiei după intervenţie.

THE AEROGRAPHY AND THE TRANSILLULINATION IN THE NEUROTRAUMATOLOGIC EMERGENCIES AT THE "SUCKER"

Prof. Dr. N. Oblu, Dr. Gh Săndulescu

The Neurosurgery Clinic Iaşi

The authors undertake a study on the 25 observations of intracranian haematoma from a number of 1.137 of (cranio-cerebral) skull traumatisms on the children.

The clinical data and the anamnesis are not sufficient for a precocious explanation of a posttraumatic intracranian haematoma diagnosis, at a child.

Therefore is necessary to resort to the complete

paraclinical explorations; the simple X-ray of the cranium, E.E.G., echoencefalography, pneumoencefalography, the carotid angiography e[illegible]

From the [illegible]tions, we analyse the value of "Strasburger Transillumination", and of the aerography at the children between 0-1 year (7 observations).

Transillumination is a simple method, very useful, destitute of riscs. It can be made in series, having in view the evolution of a traumatized craniocerebral, or the postoperational evolution of a intracranian haematoma, ferreting out in due time a recurrence, a cerebroventricular collapse, or a cerebral atrophy.

For the effectuation of this exploration, the authors realized a conic contrivance, with the possibility of reflection of a bright pencil (of rays) towards the cranian brain pan of the child.

The data of the diaphanous- scopy exploration corroborated with the images obtained by the cerebral aerography after the puncture of the bregmatic fountanel.

These inoffensive methods, realized in the conditions of neurotraumatologic emergency at a little child, permit a diagnosis of intracranian haematoma, as well as the supervision of the evolution after the intervention.

APLICATII RADIOLOGICE IN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE IN SPITALUL JUDETEAN

Dr.D.Bolgar
Spitalul unificat Satu-Mare

In traumatismele cranio-cerebrale, poziţia echipei de urgenţă, din care face parte şi radiologul, trebuie să

fie unitară în ce privește oportunitatea examenului radiologic. In principiu, reanimarea cu asigurarea funcțiunilor vitale primordiale și reconvertirea bolnavului din diferitele stadii ale stărilor comatoase sînt prioritare actului radiologic. Noi am denumit, într-o comunicare anterioară (D.Bolgar și D.Stanciu) manoperele radiologice, la un bolnav "în foame de oxigen", drept acte de tort .

Aplicînd criteriile de mai sus, investigațiile, definite ca urgente, sînt relativ rare. Ele se efectuează, în mod optimal, cu tehnica cea mai simplă și la patul bolnavului. Fac excepție traumatismele craniului care au repercusiuni asupra sistemului nervos central, ele putînd fi explorate și la serviciul de radiologie.

Necesită o exigență clinică deosebită oportunitatea și momentul aplicării angiografiei cerebrale, rezervată secțiilor neurochirurgicale de specialitate.

Autorul preferă, în explorarea radiologică a craniului traumatizat, incidențe multiple orizontale (anteroposterioare sau din profil) și incidențe cuprinse în planuri paralele cu planul sagital, pe puncte anatomice bine definite. Simplitatea incidențelor ușurează mult interpretarea filmelor și menajează și bolnavul.

Folosirea unor dispozitive de centrare speciale - de construcție originală - și extinderea tehnicii radiografiei de contact (Farma) au contribuit, în practica autorului, la punerea în evidență a numeroase fisuri și fracturi discrete, anterior neidentificate.

In unele cazuri, autorul recomandă incidențe neconvenționale excentrice, cîștigînd o bogată experiență în detectarea unor fracturi maxilo-faciale.

CORELATII CLINICO-RADIOLOGICE IN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE

Dr.Stefan Ardevan, Dr.Francisc Nash

Spitalul judeţean Arad

Autorii au cercetat 562 traumatizaţi cu leziuni ale extremităţii cefalice internaţi de la 1 noiembrie 1969 la 31 octombrie 1972 în secţia de chirurgie a spitalului judeţean din Arad. Dintre aceştia 360 au prezentat exclusiv leziuni craniene, la ceilalţi 202, leziunile craniene au fost asociate cu traumatisme ale altor segmente. După natura accidentului cazurile au fost împărţite în 4 categorii şi anume: circulaţie, agresiune, muncă şi diverse. Menţionăm că 2/3 din politraumatisme rezultă din accidente de circulaţie.

In afara cazurilor în care gravitatea traumatismului nu a permis mobilizarea bolnavului şi acesta a decedat în primele ore după internare, toţi ceilalţi pacienţi au fost supuşi examinărilor radiologice. In ceea ce priveşte examenele standard s-a cercetat corelaţia dintre existenţa leziunilor osoase pe de o parte şi suferinţa craiorului obiectivată prin aprecierea stării de conştienţă, datele examenului neurologic şi aspectul lichidului cefalorahidian. Pe baza datelor clinice şi radiologice au fost operaţi 40 pacienţi, practicîndu-se eschilectomii şi eschilectomii asociate cu asanarea unui focar de ramolisment cerebral traumatic şi închiderea durei-mater.

In traumatismele cranio-cerebrale complicate prin apariţia unui revărsat sanguin intracranian, s-au practicat angiografii carotidiene, pneumoencefalografii şi ventriculografii. In acest mod au fost diagnosticate 7 hematoame extradurale, 10 hematoame subdurale şi 7 hematoame intracerebrale, toate aceste cazuri fiind operate. In câteva cazuri izolate rezultatul tardiv a fost verificat cu ajutorul pneumoencefalografiei.

In lucrare autorii prezintă câteva clişee dintre cele mai caracteristice şi câteva cazuri care au prezentat dificultăţi diagnostice diferite, se apreciază ca indispensabilă colaborarea dintre radiolog şi neurochirurg în îngrijirea traumatizaţilor cranio-cerebrali.

CLINICO-RADIOLOGYCAL ASPECTS IN HEAD AND BRAIN TRAULAS

Dr.Ştefan Ardevan, Dr.Francisc Nash
Districtual Hospital of Arad

The authors observed a number of 562 traumatic head injuries hospitalized in the Surgery Departament (head dr.M.Ududec) of the Districtual Hospital from Arad beginning with the 1 th of november 1969 until the 31 th of october 1972. Among these 360 had exclusively cranian lesions and in the other 202, these lesions have been associated with traumatisms of other segments. According to the nature of accidents, the cases were devided into 4 cathegories, namely: traffic, aggression, work, diverse. We mention that 2/3 of the politraumatisms resulted from traffic accidents. Unless those cases in wich the gravity of the

trauma has not permited the mobilisation of the patients and they died in the first hours of the hospitalisation all the orthers have passed through radiologic examinations. As for the standard examinations, a correlation between the existence of the bony lesions and the brain injury, this objectivised through the apreciation of the state of consciosness, the data of the neurological examination and the aspect of the C.S.F. has been established. According to the clinical and radiologycal data 40 patients were operated upon by eschilectomy alone or associated with the remove of a cerebral traumatic softening and the closing of the dura mater.

In head injuries complicated by the apparition of a intracranian blood collection, carotid angiographies, pneumoencephalograms and ventriculographies have been performed. In this way 7 extradural, 10 subdural and 7 intracerebral hematoma have been diagnosticated. All this cases were operated upon. In some isolated cases the operative result was verified through pneumoencephalographies.

In the work resumed, the authors present some of the most characteristic radiographies and some cases wich presented differend diagnostical difficulties. The authors appreciate that in Districtual Hospitals, the coworking between the radiologist and the neurosurgeon is indispensable in the care of the patients who suffered head injuries.

EXAMENUL RADIOLOGIC ÎN UNELE URGENȚE DIN CHIRURGIA MAXILO-FACIALĂ

Dr. Mihai Rădulescu, Dr. Ioan Stroescu

Clinica de chirurgie buco-maxilo-facială București

Masivul facial format din mai multe elemente osoase, angrenate sau suturate între ele prin apofize, mențin-du-și grația și cavități, se fracturează prin acțiune directă sau indirectă a agentului traumatizant, în două sau mai multe locuri.

Descoperirea unei singure linii de fractură nu exclude existența celorlalte - uneori puse în evidență de semne indirecte.

Acest tip multiplu de fractură se întovărășește de deplasări osoase cu înfundări și complicații importante, cum ar fi blocarea deschiderii gurii în fracturile posterioare de arcadă zigomatică și diplopia în cele anterioare.

Examenul radiologic indică medicului chirurg tipul de fractură, importanța deplasării fragmentelor osoase, permițîndu-i să aleagă calea cea mai bună de abordare.

Pentru aceasta se aleg acele incidențe care în număr cît mai mic furnizează cele mai complete date.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS QUELQUES URGENCES DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Mihai Rădulescu, Dr. Ioan Stroescu

Clinique de Chirurgie Buco-Maxillo-Faciale

de Bucarest

Le massif facial, constitué de plusieurs éléments

osseux, engrenés ou suturés entre eux par des apophyses qui menagent des espaces et des cavités, subitement fracturés sous l'action directe ou indirecte d'un agent traumatisant en au moins deux endroits ou plusieurs.

La decouverte d'une seule ligne de fracture n'exclut pas l'existence des autres qui sont mises quelque fois en évidence par des signes indirects.

Ce type multiple de facture est accompagné de deplacements osseux, avec des enfoncements et d'importantes complications ainsi que le blocage de l'ouverture de la bouche dans les fractures postérieures de l'arcade zygomatique et la diplopie dans les fractures antérieures.

L'examen radiologique indique au chirurgien le type de fracture, le dégré de déplacement des fragments osseux, lui donnant la possibilité de choisir la meilleure voie d'aborder la lésion.

A cette fin, l'on choisit ces incidences qui étant le moins nombreuses possible, fournissent tout de même les données les plus complétes.

CONTRIBUTII LA STUDIUL EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DIAGNOSTICUL DE URGENTA AL TRAUMATISMELOR NAZO-SINUZALE

Dr.P.Miloşescu, Dr.M.Rădulescu

Folosind explorarea radiologică completă în 106 traumatisme nazo-sinuzale, s-a studiat starea pereţilor piramidei nazale, a septului, a sinusurilor anterioare ale feţei, precum şi leziunile asociate interesînd orbita, arcada zigomatică şi osul maxilar.

Folosirea examenului radiologic este indispensabilă, alături de datele anamnestice şi examenul clinic, pentru stabilirea corectă a diagnosticului în traumatismele nazo-sinuzale, furnizînd date importante asupra liniilor de fractură şi al deplasării fragmentelor fracturate.

In vederea precizării diagnosticului radiologic al acestora, se recomandă efectuarea de radiografii perpendiculare unele pe altele, în poziţie laterală, axială şi frontală.

Aşa de exemplu examenul radiologic de profil al oaselor proprii nazale, trebuie completat cu incidenţa semiaxială sau mai bine cu cea axială cu film ocluzal, dacă este posibil. Pe aceasta din urmă apar mai clar deplasările laterale sau mediale ale oaselor fracturate, ea fiind din acest punct de vedere mai utilă clinicianului, în vederea realizării reducerii fracturii respective.

Spre a ne informa uneori asupra stării septului şi a extensiei traiectelor de fractură spre sinusuri, este necesară şi efectuarea de tomografii.

INCIDENTA TOWNE - RUNSTROM, EXAMINARE DE RUTINA OBLIGATORIE IN TRAUMATISMELE CRANIENE

Dr. Alexandru Georgescu - Spitalul nr.1 Oradea

După o scurtă introducere asupra tehnicii şi importanţei incidenţei Towne - Rünström (Worms-Bretton) în cadrul examinării radiologice a traumatismelor craniene, sînt prezentate 4 cazuri demonstrative. In concluzie se recomandă ca în toate traumatismele craniene să se execute de principiu pe lîngă cele două incidenţe clasice şi

această incidență care pune în evidență fracturile de scuamă occipitală și de mare gaură occipitală, ce nu apar totdeauna pe primele două incidențe amintite, sau dacă apar nu se pot localiza corect.

METODOLOGIA RADIODIAGNOSTICULUI ÎN TRAUMATISMELE MASIVULUI FACIAL

Dr.A.Kertész, Dr.St.Réder, Dr.G.Mészéros, Dr.R.Vameanu

Clinica radiologică și clinica de chirurgie buco-maxilo-facială Tg.Mureș

Sub aspect organizatoric se remarcă necesitatea centralizării serviciilor ce colaborează în acordarea asistenței de urgență. În acest context ar fi de dorit, ca toate specialitățile medicale interesate în asistarea celor mai complicate politraumatisme posibile să fie amplasate (împreună cu serviciile "auxiliare" poliprofilate aferente) într-o facilă accesibilitate reciprocă. La noi - în mod regretabil - chirurgia buco-maxilo-facială este amplasată aparte de celelalte clinici, nu dispune decît de un aparat röntgen dentar, nu are nici serviciu de reanimare, nu are nici gardă. În acest fel traumatismul masivului facial beneficiază de primele radiografii la garda noastră de radiologie, este eventual și reanimat în această clădire (la una din clinicile chirurgicale) sau transferat - dacă simptomatologia o impune - la Clinica de neurochirurgie, amplasată de asemenea aparte, la distanță de celelalte. De la Clinica de chirurgie buco-maxilo-facială bolnavul este de asemenea trimis pentru toate radiografiile la Clinica de radiologie.

Practica ultimilor 10 ani demonstrează (pentru teritoriul deservit) că numărul cazurilor de traumatism al masivului facial adecvat asistate este în continuă creştere, firesc la aceasta contribuie şi creşterea accesibilităţii asistenţei de specialitate în acest domeniu.

Analizînd conduita radiodiagnostică impusă de aceste cazuri, constatăm că, în perioada de urgenţă imediată, starea bolnavului nu permite decît efectuarea unor radiografii de valoare doar orientativă, poziţionările perfect corecte fiind de obicei imposibile. La cîteva zile însă, după acordarea primelor îngrijiri şi atenuarea simptomatologiei acute, este necesar să se efectueze radiografii în multiple incidenţe şi tomografii, cu incidenţe de maximă precizie. Majoritatea leziunilor pot fi puse în acest fel în evidenţă cu precizie.

CONTRIBUTIA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DIAGNOSTICUL TRAUMATISMELOR CRANIO-CEREBRALE LA COPII

Dr.M. Pîrvulescu, Dr.Gh.Popovici, Dr.Florica Popovici
Spitalul unificat Bacău

Autorii prezintă rezultatul cercetării clinico-radiologice a unui lot de 150 de copii spitalizaţi într-o secţie cu traumatisme cranio-cerebrale.

După aspectul clinico-radiologic împart traumatismele cranio-cerebrale în:

1) Traumatisme cranio-cerebrale recent închise, care radiologic s-au prezentat ca fracturi de tip rectiliniu, curbe, sinuoase, în stea şi prin înfundare în 84% din cazuri.

2) Traumatisme cranio-cerebrale recent deschise, în care grupă au inclus acele traumatisme care prezentau şi o plagă craniană, indiferent că era interesat osul sau dura, în 16% din cazuri.

Fracturile de bază de craniu le-au considerat ca fracturi deschise.

Traumatismele cranio-cerebrale au fost de asemenea descrise şi în funcţie de localizarea regională.

Contribuţia examenului radiologic în precizarea diagnosticului a fost meritorie, cu ajutorul acestei metode s-a reuşit să se elucideze diagnosticul atît în cazul traumatismelor cranio-cerebrale închise, cît şi în cazul celor deschise şi prin aceasta s-a orientat diagnosticul şi conduita terapeutică. Ca tehnică radiologică s-a folosit metoda standard în diferite incidenţe.

LA CONTRIBUTION DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIQUE DES TRAUMATISMES CRANE-CÉRÉBRALES CHEZ LES ENFANTES

Dr.M.Pîrvulescu, Dr.Gh.Popovici, Dr.Florica Popovici L'hôpital Bacău

Les auteurs présentent les conclusions des recherches clinique-radiologique chez 150 enfants hôspitalisés dans un service de l'hôpital, avec le diagnostique de traumatismes crânio-cérébrales.

D'après l'aspect clinique et radiologique les auteurs divident les traumatismes crânio-cérébrales en:

1) Traumatismes crânio-cérébrales recents fermés qui radiologiquement ont présenté fractures de type recti-

ligne, courbe, sinueuse, en étoile et par obstruer, dans un pour-cent de 84%.

2) Traumatismes crânio-cérébrales récents ouverts, en quelle groupe ont inser les traumatismes qui ont presentée un plaie crâniene, indiferent qu'ont été intéressé l'os et la dura mater, dans un pour-cent de 16%.

Les auteurs considérent les fractures de base de crâne comme fractures ouverts.

Les traumatismes crânio-cérébrales ont été classifiée en même temps aussi en dépendence du lieu topographique.

L'apport de l'examen radiologique a été decisif, avec cette methode ils ont reussi élucider le diagnostique dans les deux situations et par cet méthode a orienté la conduite therapeutique.

Comme technique radiologique les auteurs ont pratique la radiographie standard en divers incidences.

APORTUL RADIOGRAFIEI SIMPLE A CRANIULUI IN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE RECENTE CU INTERESSAREA ETAJULUI ANTERIOR AL BAZEI

Dr.C.Aldescu, Dr.M.Rusu, Dr.N.Cozma, Dr.N.Isnovici

Clinica de neurochirurgie I.M.F.Iasi

Studiind 121 observaţii de fracturi ale etajului anterior al bazei craniului dintr-un lot de 243 fracturi frontale se subliniază aportul radiografiei simple a craniului pentru precizarea diagnosticului, indicaţiei terapeutice şi urmărirea evoluţiei postoperatorie la asemenea bolnavi.

Sindromul de agitaţie psiho-motorie consecutiv contuziei lobilor frontali sau eventual stărei de comă constituie un serios impediment în efectuarea incidenţelor clasice ale cranigrafiei (74 observaţii).

In afară topografiei, formei, numărului şi dimensiunilor fracturii se pun în evidenţă semne indirecte ca: traiecte la distanţă ce ar putea fi irradiate la etajul anterior (42 observaţii), pneumatocel intracranian (6 observaţii), corpi străini radioopaci intracranieni (2 observaţii) şi modificări ale transparenţei sinusurilor frontale sau ale celulelor etmoidale.

Depistarea traiectelor de fractură în fracturile comunicante ale bazei (31 observaţii) şi a celor care interesează canalul optic (14 observaţii), dirijează conduita operatorie.

In evoluţia postoperatorie a leziunilor traumatice ale etajului anterior, controlul radiografic simplu al craniului aduce mai ales aserţiunea dispariţiei unui pneumatocel, confirmînd reuşita obturării breşei osteo-meningeale.

L'APPORT DE LA RADIOGRAPHIE SIMPLE DU CRANE DANS LES TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX AIGUS INTERESSANT L'ETAGE ANTERIEUR DE LA BASE

Dr. C. Aldescu, Dr. M. Rusu, Dr. N. Cozma, Dr. N. Ionovici

Institute de Médicine et Pharmacie, Jassy

Clinique de Neuro-Chirurgie

Sur 121 observations avec fractures de l'étage antérieur de la base du crâne, choisies d'un lot de 243 fractures frontales, on fait des remarques en ce qui concerne

l'apport de la radiographie simple du crâne pour la précision diagnostique, l'indication thérapeutique et l'évolution post-opératoire.

Le syndrome de l'agitation psycho-motrice, conséquence de la contusion des lobes frontaux, ou éventuellement l'état de coma donnent de gros embarras dans l'exécution des incidences classiques de la craniographie (74 obs.).

En dehors de la forme, topographie, le nombre et les dimensions des fractures on relève des signes indirects comme les suivants: trajets à distances qui pourraient irradier vers l'étage antérieur (42 obs.), pneumatocèles intracraniens (6 obs.), corps étrangers radiopaques intracraniens (2 obs.) et des modifications de la transparence des sinus frontaux ou des cellules éthmoïdales.

La découverte des trajets de fractures dans les fractures communicantes de la base (31 obs) et ceux qui intéressent le trou optique (14 obs.) dirige la conduite opératoire.

Pendant l'évolution post-opératoire, le contrôle radiologique apporte surtout la certitude sur la disparition d'un pneumatocèle, faisant la preuve d'une bonne obturation de la brèche ostéo-méningée.

APORTUL PNEUMOENCEFALOGRAFIEI GAZOASE IN EXPLORAREA TRAUMATISMELOR CRANIO-CEREBRALE TARDIVE

Dr. C. I. Miță

Spitalul clinic de Neuro-Psihiatrie "Socola" Iași

După ce se trece în revistă incidența traumatismelor craniene și metodele de investigație, care au dus la o mai bună cunoaștere a fiziologiei sistemului nervos central

autorul prezintă aportul pneumoencefalografiei gazoase în explorarea traumatismelor cranio-cerebrale tardive, care comportă două grupe distincte: traumatismele cranio-cerebrale evolutive cu encofalopatie posttraumatică în care leziunile abiotrofice evoluează lent, întreţinînd o simptomatologie cronică şi traumatismele cranio-cerebrale sechelare (unitatea bolii traumatice a creierului, nefiind o entitate imuabilă).

In ce priveşte indicaţiile pneumoencefalografiei gazoase, sînt autori (Smirnov) care aplică această metodă de investigaţie începînd din a şasea săptămînă de la accident, respectîndu-se contraindicaţiile legate de starea generală a pacientului, rezultatul fundului de ochi etc. Controverse există asupra cazurilor de arahnoidită posttraumatică de fosă posterioară.

Ţinînd seama de specificul serviciului de radiologie care deserveşte numai Clinicile de psihiatrie şi neurologie, aplicarea pneumoencefalografiei gazoase n-a fost efectuată mai devreme de şase luni de la accident şi numai în cazurile unde era o discordanţă între semnele clinice neuro-psihice obiective şi acuzele bolnavului, sau în cazurile în care existau sechele osoase traumatice (lipsă de os, soluţie de continuitate etc), acestea putînd fi adesea însoţite de modificări ale sistemului nervos central.

Dintre modificările cele mai frecvent constatate s-au găsit: dilatări ventriculare simetrice şi uniforme; dilatări simetrice neuniforme; dilatări ventriculare unilaterale sau predominant unilaterale; dilatarea cisternelor de la bază şi a spaţiilor subarahnoidiene de pe con-

vexitate; lipsa de umplere a unui sau a ambilor ventriculi laterali.

THE CONTRIBUTION OF THE GASEOUS PNEUMOENCEPHALOGRAPHY IN EXPLORING CRANIOCEREBRAL TARDY TRAUMATISMS

Dr. C.I. MITA

The Socola Clinical Hospital of Neuropsychiatry

After a survey of the incidence of the craniocerebral traumatisms and of the methods of investigation which have led to a better knowledge of the physiology of the central nervous system, the author shows the contribution of the gaseous pneumoencephalography in exploring craniocerebral tardy traumatisms, which have two distinct groups: evolutive craniocerebral traumatisms with post-traumatic encephalopathy, in which the abiotrophic lesion evolves slowly, maintaining a chronic symptomatology, and sequelses craniocerebral traumatisms, the unity of the brain traumatic disease not being an immovable entity.

As far as the indications of the gaseous pneumoencephalography are concerned, there are some authors (among them Smirnov) who have practiced, this method of investigation beginning with the sixth week since the accident, observing the counter-indications imposed by the general condition of the patient. There are some controversies concerning the cases of post-traumatic arachnoid in the posterior fossa.

According to the author's observations, the gaseous pneumoencephalography has not been applied sooner

than six month since the accident, and it has been used only in those cases in which there was a discrepancy between the reduced clinical neuropsychiatric signs and the patient's accusations, or in cases where there existed traumatic osseous sequels (lack bone, continuity solutions etc.), these being often associated with modifications of the central nervous system. Among the most frequent modifications which have been noticed are: uniform and symmetrical ventricular dilatations; uniform symmetrical dilatations; unilateral ventricular dilatations or predominant unilateralonos; the dilatation of the cisterns from the basis and of the subarachnoid space from the convexita; the failing in filling up one or both of the lateral ventricles.

CONSIDERATII CLINICE SI RADIOLOGICE PRIVIND PROBLEMA ARAHNOIDITELOR CHISTICE POSTTRAUMATICE

Dr.P.Nagy, Dr.F.Piros
Clinica de neurochirurgie Tîrgu-Mureş

Autorii, analizînd clinic şi radiologic cîteva cazuri proprii de arahnoidită chistică posttraumatică - verificate operator -, confruntă constatările lor cu datele din literatură.

Se pune un accent deosebit pe urmărirea evoluţiei clinice şi radiologice (P.E.G.) a cazurilor, pentru stabilirea momentului intervenţiei chirurgicale, cît şi pentru aprecierea utilităţii acesteia.

Evaluarea justă a aspectului radiologic este în strînsă dependenţă de coroborarea judicioasă a datelor ra-

diologice cu cele clinice.

PARTICULARITĂȚILE COLABORĂRII CLINICO-RADIOLOGICE
I. REZOLVAREA URGENȚELOR DIN PATOLOGIA OSULUI

Dr. M. Pîrvulescu

Secția Pediatrie a Spitalului Unificat Bacău

Autorul și-a propus să examineze radiografiile unui număr de 7 observații cu traumatisme osoase, internate ca urgențe chirurgicale, care au fost investigate radiologic odată cu prezentarea în secție, în vederea observării în ce măsură examenul radiologic a fost capabil de la început să rezolve diagnosticul.

Ca urmare a acestei cercetări autorul a ajuns la următoarele concluzii:

1) Radiografiile standard efectuate la internare au oferit o serie de modificări care interpretate în colaborare cu datele clinice au orientat diagnosticul și ca urmare cazurile au beneficiat de un tratament chirurgical.

2) Diagnosticul definitiv al cazurilor cercetate a fost trasat în zilele următoare în urma efectuării a altor radiografii, folosind tehnica radiografiilor mărite și tomografia.

3) Cazurile cercetate au avut diagnosticul cert mai tîrziu întrucît au pus probleme de diagnostic diferențial, fiind vorba în realitate de traumatisme pe case patologice, care se încadrau în capitolul tumorilor osoase benigne și maligne.

LES PARTICULARITES DE LA COLLABORATION CLINICO-RADIOLOGIQUE POUR SOLUTIONER LES URGENCES DE LA PATOLOGIE OSSEUSE

Dr, M. Pîrvulescu

L'hôpital Bacău

l'auteur a proposé d'examiner les radiografies de sept observaticns avec traumatisme osseuses hôspitalses comme urgence chirurgicales qui ont été controlé radiologique simultane avec la presentation dans l'hôpital, pour observer en quelle mesure l'examen radiologique a éte capable "d'emblé" de resoudre le diagnostique.

Après cette étude l'auteur a arrivé a ces conclusions:

1) Les radiographies standard réalisés simultane avec la présentation dans l'hôpital ont offert des nombreuses modificatians, qui jugeés avec les detailes cliniques ont orienté le diagnostique.

2) Le diagnostique final a éte élucidé dans les jours suivantes par autres technique radiologiques comme: radiographies agrandies et la tomographie.

3) Les sujets controles ont eu le diagnostique certe plus tard, parcequ'ils ont posés des problèmes de diagnostique difficile, puisque en realité tous les cas s'integrent dans le chapitre des tumeurs malignes et benignes.

EXAMENUL RADIOLOGIC ÎN ACCIDENTELE DE EXTRACȚIE CA ELEMENT ÎN STOMATOLOGIE

Dr. M. Rădulescu, Dr. N. Gănuță
Clinica de chirurgie buco-maxilo-facială
București

Prin urmările neplăcute pe care le generează accidentele chirurgicale ale extracției dentare, de la comunicările buco-sinusale până la hemoragiile ce pot pune în pericol viața pacienților, ridicînd uneori probleme deosebit de dificile, acestea au suscitat totdeauna interesul chirurgilor maxilo-faciali.

Studiul nostru, efectuat pe 263 cazuri de comunicări buco-sinusale, subliniază importența examenului radiologic pentru diagnostic. Comunicările buco-sinusale sînt favorizate de condiții anatomice, de condițiile dezvoltării proceselor patologice preexistente, precum și de deficiențele de tehnică ale extracției.

Examenul radiologic indică clinicianului eventualele complicații, prezența de resturi radiculare, de corpi străini metalici în sinus, indicînd necesitatea unei cure radicale. De asemenea prin examenul radiologic se precizează dacă este o comunicare cu sinusul, fosa nazală sau cu o cavitate chistică, indicînd astfel conduita terapeutică adecvată.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LES ACCIDENTS D'EXTRACTION EN EXAMEN D'URGENCE EN STOMATOLOGIE

Dr. L. Rădulescu, Dr. N. Gănuță

Clinique de chirurgie Bucco-maxillo-faciale de Bucarest

Les accidents chirurgicaux de l'extraction dentaire ont toujours souscité l'intérêt des chirurgiens stomatologues, par les suites facheuses que ces accidents génèrent, des communications bucco-sinusales jusqu'aux hémorragies qui peuvent mettre en danger la vie des patients, soulevant quelquefois des problèmes particulières.

Notre travail éffectué sur 263 cas de communications bucco-sinusales souligne l'importance diagnostique de l'examen radiologique. Les communications bucco-sinusales sont favorisées par les conditions anatomiques, les conditions du développement des processus pathologiques préexistents, ainsi que par les erreures techniques d'extraction.

L'examen radiologique signale au chirurgien les éventuelles complications postextractionnelles : la présence de restes radiculaires, de corps étrangers métalliques dans le sinus, - qui imposent une cure radicale. De même, par l'examen radiologique l'on peut préciser s'il s'agit d'une communication avec le sinus, la fosse nasale, ou avec la cavité d'un cyste et indiquer la conduite thérapeutique adéquate.

RADIODIAGNOSTIC DU CAVUM RESIDUEL APRÈS PNEUMONECTOMIE TOTALE OU PARTIELLE

Prof.Dr.Aligi Fiumicelli, Dr.Carlo Fiumicelli

(Perugia)

On décrit l'évolution et les complications possibles du cavum residuel à une pneumonectomie totale ou partielle. L'étude des aspects radiologiques permet de reconnaitre les accidents qui necessitent une nouvelle intervention d'urgence.

ATELECTAZII PULMONARE DUPA OPERATII ABDOMINALE

Prof.Dr.Doc.I.Bîrzu, Dr.I.Jocu, Dr.A.Perocek

Dr.V.Sava, Dr.Lucreţia Cotună, Dr.M.Păcurariu

Clinica de radiologie I.M.F. Spitalul Dr. I. Cantacuzino - Bucureşti

După definirea acestor entităţi, autorii prezintă patogenia complexă făcînd o privire critică asupra conceptiilor existente.

De asemenea, se încearcă o prezentare critică asupra factorilor etiologiei (factori ce ţin de pulmon, de felul operaţiei, de anestezie etc.).

In continuare, pe baza unui material faptic clinico-radiologic, sînt trecute în revistă unele aspecte radiologice mai frecvent întîlnite (atelectazii parcelare, lineare, segmentare etc.)

Autorii subliniază polimorfismul clinic şi radiologic sub care se pot întîlni aceste forme de atelectazii pulmonare.

Se acordă atenţie problemelor diagnosticului pozitiv şi diferenţial al diferitelor forme de atelectazie.

ATHÉLECTASIES PULMONAIRES APRES LES OPERATIONS ABDOMINALES

Prof. Dr. Doc. I. Bîrzu, Dr. I. Jocu, Dr. A. Iercek,
Dr. V. Seva, Dr. L. Cotună, Dr. M. Nicuraru

Clinique de Radiologie I.M.F. Hôpital
"Dr. I. Cantacuzino" Bucarest

Après la définition de cettes entité, les auteurs présentent la pathogènic extrêmement complexes, avec une vue critique sur les conceptions existentes.

Aussi, on tâche un présentation critique sur les facteurs étiologiques (des facteurs qui peuvent dépendre de poumon, des facteurs qui peuvent dépendre de ser , de l'opération, d'anesthésique etc.).

En suite, sur le fondement d'un matériel réel clinique-radiologique, on passant en revue quelques aspects radiologiques plus fréquent rencontrés (athélectasies parcellaires, linéaires, segmentaires etc.).

En conclusion, les auteurs soulignent le polymorphisme clinique, ainsi que radiologique, surtout, sous lequel on peut rencontrer cettes formes d'athélectasies pulmonaires.

CORPII STRĂINI TRAHEOBRONSICI ŞI POSIBILITATILE EXAMENULUI RADIOLOGIC DE URGENTA

Prof. Dr. Gh. Chişleag, Dr. A. Chindun, Dr. M. Gavrilescu,
Dr. E. Carasievici

Clinica radiologică Iaşi

Corpii străini laringo-traheo-bronşici continuă să fie frecvent întîlniţi şi în prezent, constituind una din

problemele de urgenţă medico-chirurgicală.

In majoritatea cazurilor examenul radiologic poate să ofere date utile asupra prezenţei şi localizării, asupra dimensiunilor corpului străin şi naturii acestuia, date absolut necesare specialistului în vederea extragerii.

Studiind observaţiile de la Clinica radiologică Iaşi, într-un interval de 20 de ani, autorii arată rolul examenului radiologic funcţional pentru scoaterea în evidenţă a bronhostenozei şi descriu semnele directe şi modificările pulmonare ce pot fi descoperite prin examen radiografic la diferite intervale după accident. Data apariţiei şi succesiunea acestor modificări sînt criterii de bază în aprecierea naturii şi eventual variaţiei dimensiunilor corpului străin. Se descriu complicaţiile tardive.

Autorii readuc în discuţie oportunitatea explorării arborelui traheo-bronşic cu lipiodol numai în cazul corpilor străini de natură vegetală.

In lucrare sînt discutaţi şi corpii străini datoraţi unor leziuni vechi pulmonare sau unor cauze mediastinale.

LES CORPS EXTRANGERS TRACHEOBRONCHIQUES; LES POSSIBILITES DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE

Prof.Dr.Gh.Chişleag, Dr. A. Chindun, Dr.M.Gavrilescu
Dr.E.Carasievici

Clinica Radiologică Iaşi

Les corps étrangèrs laryngo-trachéo-bronchiques continuent d'être encore fréquemment rencontrés et constituent l'un des problèmes d'urgence médico-chirurgicales.

Dans la plupart des cas, l'examen radiologique peut offrir des données utiles sur la présence et la localisation sur les dimensions du corps étranger et sa nature, des données absolument nécessaires au spécialiste en vue de l'extraction.

En étudiant les observations de la Clinique Radiologique de Jassy dans un intervalle de 20 ans, les auteurs soulignent le rôle de l'examen radioscopique fonctionnel pour la mise en évidence de la bronchiectasie; ils décrivent les signes directs et les modifications pulmonaires qui peuvent être découvertes par l'examen radiographique à diverses intervalles après l'accident.

La date de l'apparition et la succession de ces modifications sont des critères de base pour l'appréciation de la nature, éventuellement sur les variations des dimensions du corps étranger.

Ils sont décrites les complications tardives.

Les auteurs reprennent la discussion sur l'opportunité de l'exploration de l'arbre trachéo-bronchique avec Lipiodol, seulement dans le cas des corps étrangers d'origine végétale.

Les auteurs discutent aussi les corps étrangers dus aux anciennes lésions pulmonaires ou à des causes médiastinales.

HEMATOAMELE PULMONARE
Aspecte radiologice

Prof.Dr.I.Bîrzu

Clinica de radiologie I.M.F.

Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Hematoamele pulmonare, în ciuda numeroaselor traumatisme toracice existente, precum şi a frecventelor lucrări de specialitate apărute mai ales în ultimii ani, sînt destul de rare.

Diagnosticul este, în general, dificil, mai ales la vîrstnici. Hematomul, la vîrstnici, apare chiar şi după traumatisme minime avînd sediul la distanţă.

Diagnosticul de hematom este evident radiologic, cuci simptomatologia clinică, cu excepţia hemoptiziei, este foarte săracă şi necaracteristică.

Autorul, în această lucrare, prezintă aspectele radiologice şi posibilităţile de diagnostic diferenţial. Valoarea examenului radiologic este demonstrată, atît prin metodele clasice, cît şi cele tomografice.

LES HÉMATOMES PULMONAIRES
ASPECTS RADIOLOGIQUES

Prof.Dr.I.Bîrzu

Clinique de radiologie

Hôpital "Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

Les hématomes pulmonaires, malgrés de très nombreux traumatismes thoraciques et de très nombreux travaux publiés, spécialement ces dernières années, sont assez

rares. Le diagnostic parfois est difficile, surtout chez les sujets âgés. L'hématome, chez ces derniers, apparait après un traumatisme minime et siège parfois à distance. Le diagnostic est evidement radiologique, car la symptomatologie clinique, en dehors des hemoptysies, n'est pas caractéristique. L'auteur, dans ce travail, présente les aspects radiologiques et la possibilités du diagnostique différentiel.

La valeur de l'examen radiologique, est bien démontrée par les méthodes classiques et tomographiques.

APORTUL SI ROLUL INVESTIGATIILOR RADIOLOGICE COMPLEXE IN PRECIZAREA DIAGNOSTICULUI LEZIONAL IN TRAUMATISMELE TORACELUI

Conf.Dr.C.Coman, Dr.A.Stan, Dr.Georgeta Georgescu,
Dr.Mura Dimitriu, Dr.H.Dobrinov
Clinica de chirurgie toracică Bucureşti

Traumatismele toracice au crescut ca frecvenţă, complexitate şi gravitate fapt ce impune un diagnostic lezional rapid şi complet pentru a putea indica la momentul oportun tratamentul adecvat.

Autorii insistă asupra folosirii tuturor metodelor radiologice standard precum şi a celor care utilizează substanţele de contrast pentru precizarea diagnosticului lezional.

Experienţa clinicii de chirurgie toracică din Bucureşti, în domeniul tratamentelor traumatismelor toracice, scoate în relief rolul investigaţiilor radiologice în pre-

cizarea diagnosticului lezional, atît în traumatismele acute, cît şi în sechelele acestora (hemotorax coagulant, calus vicios, dureros, ruptură de bronhie cu stenoză consecutivă).

L'APPORT ET LE ROLE DES INVESTIGATIONS RADIOLOGIQUES COMPLEXES POUR PRÉCISER LE DIAGNOSTIC LÉSIONNEL DANS LES TRAUMATISMES THORACIQUES

Prof. agrégé Dr. C. Comșa, Dr. A. Stan, Dr. Georgeta Georgescu, Dr. Lura Dimitriu, Dr. H. Dobrinov

Clinique de Chirurgie Thoracique Bucarest

La fréquence, la complexité et la gravité des traumatismes thoraciques ont augmenté, ce qui impose un diagnostic lésionnel rapide et complet pour pouvoir indiquer au moment optimum le traitement adéquat.

Les auteurs insistent sur l'utilisation de toutes les méthodes radiologiques standard comme sur les méthodes avec des substances de contraste, pour préciser le diagnostic lésionnel complet.

L'expérience de la Clinique de Chirurgia Thoracique de Bucarest dans le domaine du traitement des traumatismes thoraciques, met en évidence le rôle des investigations radiologiques pour préciser le diagnostic lésionnel, tant pour les traumatismes aigus, que pour leurs séquelles (hémotorax coagulé, cal vicieux, douloureux, empième, rupture de bronche avec sténose consécutive).

VALOAREA EXPLORARILOR RADIOLOGICE IN URGENTELE TORACO-PULMONARE

Dr.V.Vasile, Prof.Dr.M.Diaconescu, Dr.Gertruda Kreisler, Prof.Dr. Gh.Chipail

Clinica a III-a chirurgicală

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Autorii ilustrează prin cîteva exemplificări importanţa examenului radiologic în unele forme de urgenţe toraco-pulmonare. Calitatea examenului în funcţie de condiţiile tehnice existente şi competenţa interpretării face obligatorie explorarea oricărui politraumatizat. Cele nouă cazuri prezentate sînt clasificate după natura urgenţei. Ele cuprind: accidente externe, leziuni după explorări în scop de diagnostic şi leziuni prin procese patologice diverse. Se insistă în lucrare asupra examenului radiologic repetat şi a colaborării între clinician şi specialistul radiolog.

LA VALEUR DES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES DANS LES URGENCES THORACO-PULMONAIRES

Dr.V.Vasile, Prof.Dr.M.Diaconescu, Dr.Gertruda Kreisler, Prof.Dr. Gh.Chipail

Clinique chirurgicale III Jassy

Les auteurs nous montrent par quelques exemples l'importance de l'examen radiologique en quelques formes d'urgence thoraco-pulmonaires.

La qualité de l'examen radiologique, en dépendant

de toutes les conditions techniques existants et de la compétence de l'interprétation, nous oblige d'explorer tous les blessés.

Les 9 cas présentés sont classifiés d'après la manière d'urgance:

- des accidents externes;
- des lésions après explorations dans le but d'établir le diagnostique;
- et, des lésions par diverses procèses pathologiques.

Dans l'article on insiste sur l'examen radiologique répété et sut la collaboration entre le médecin et le médecin spécialiste radiologue.

APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ASUPRA 45 DE CAZURI DE URGENTA TORACO-PULMONARA (34 IZOLATE SI 11 ASOCIATE)

Dr.Gr.Stanciu, Prof.Dr.I.Pop D.Popa

Clinica de chirurgie II şi chirurgie cardio-vasculară Tg. Mureş

In perioada 1 ianuarie 1970 - 30 iunie 1972 au fost efectuate examinări radiologice şi tratamente chirurgicale la 45 cazuri de urgenţă toraco-pulmonară, izolate şi asociate.

1) Traumatisme toracice: plăgi penetrante fără hidropneumotorace şi fracturi costale 6; fracturi costale fără hidropneumotorace 5; fracturi costale şi hidropneumotorace 13; plăgi penetrante toraco-pulmonare şi de cord cu

hidropneumotorace şi hemopericard 5; pneumomediastin prin perforaţia esofagului 2; fracturi costale, hidropneumotorace şi plăgi ale vaselor mari 1; hernii hiatale şi diafragmatice posttraumatice 2.

2) Politraumatisme, inclusiv ale toracelui: traumatisme ale craniului (fractură de bază) şi traumatism toracic (fracturi de coaste şi hidropneumotorace) 1; traumatisme abdominale, diafragmatice şi de torace (fracturi costale şi hidropneumotorace) 2; traumatisme de abdomen şi torace (fracturi costale, hidropneumotorace) 2; traumatisme ale feţii (fractură de mandibulă) şi ale toracelui (fracturi de coaste şi hidropneumotorace) 1.

3) Afecţiuni de urgenţă toraco-abdominale: ulcer duodenal cronic hemoragic cu edem pulmonar posttransfuzional şi abdomen acut cu tuberculoză pulmonară ulcero-caseoasă şi cavernoasă, respectiv tuberculoză formă bronhopneumonică 2; stenoză mitrală decompensată, cu ascită, internată pentru recalibrarea venei cave inferioare, cu pneumotorace spontan şi cancer gastric rezecat, cu metastaze pulmonare septicemizate 1.

Examenul radiologic a fost foarte util la toate cazurile.

L'APPORT D'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS 45 CAS D'URGENCE THORACO-PULMONAIRE (34 ISOLÉE ET 11 ASSOCIÉS)

Dr. Gr. Stanciu, Prof. Dr. I. Pop D. Popa

Clinique Chirurgicale II et Clinique Cardiovasculaire

Tîrgu Mureş

Pendant 1.I.1970-30.VI.1972 ont été effectués exa-

inations radiologiques et traitements chirurgicales en 45 cas.

1) Traumatismes du thorax: plaies pénétrantes sans hydropneumotorax et l'absence des fractures des côtes 6; fractures des côtes sans hydropneumotorax 5; fractures des côtes et hydropneumotorax 13; plaies pénétrantes pulmonaires et du coeur avec hydropneumotorax et hémopericarde 5; pneumomédiastin par perforation d'oesophage 2; fractures des côtes, hydropneumotorax et plaies des gros vaisseaux 1; hernie diaphragmatique post traumatique 2.

2) Politraumatismes, inclusivement du thorax: traumatisme du crâne (fracture de la base) et traumatisme du thorax (fractures des côtes, hydropneumotorax) 1; traumatisme abdominal, diaphragmatique et du thorax (fractures des côtes, hydropneumotorax) 2; traumatisme d'abdomen et du thorax (fractures des côtes, hydropneumotorax) 2; traumatisme de la face (facture de maxilaire inf.) et du thorax (fractures des côtes, hydropneumotorax) 1.

3) Affections d'urgence toraco-abdominales: ulcère duodénale chronique hémorragique avec oedeme pulmonaire après transfusion 1; abdomen aigu avec tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse et cavernes, respectif tuberculose bronchopneumonique 2; rétrécissement mitral hospitalisée pour recalibrer la veine cave inférieure, avec pneumotorax spontané 1; cancer gastrique opéré avec metastases pulmonaires septicemisentées 1.

L'examen radiologique a été utile en tous les cas.

CONFRUNTARI CLINICO-RADIOLOGICE IN VOLETELE TORACICE

Conf.Dr.G.Ionescu, Dr.Gh.Crăciun, Dr.D.Ungureanu
(Clinica chirurgie I Cluj)
Conf.Dr.N.Andronescu (Clinica de radiologie Cluj)

Pe o perioadă de 15 ani (1956-1970), la un total de 1.204 traumatisme toracice de gravitate mijlocie şi severă care au fost internate în Clinica chirurgicală I Cluj, s-au înregistrat 32 volete toracice, ceea ce reprezintă 2,66%.

Din practica clinică reese că voletul imprimă un plus de gravitate mai ales atunci cînd este asociat cu leziuni endotoracice gazoase sau lichidiene.

La 32 de bolnavi cu volete toracice s-a constatat o insuficienţă respiratorie acută manifestă pe număr de 24 cazuri, ceea ce reprezintă 43,44%.

Severitatea traumatismului s-a dovedit a fi în legătură nu atît cu mărimea voletului, ci cu gradul lui de mobilitate, precum şi cu asocierea cu leziuni toracice sau extratoracice.

Dacă mortalitatea la bolnavii cu leziuni exclusiv toracice se ridică la 17,39%, la politraumatizaţi care au şi leziuni toracice mortalitatea ajunge pînă la 44%.

Localizarea cea mai frecventă a fost sterno-costală sau antero-laterală.

Examenul radiologic care stabileşte bilanţul leziunal trebuie executat cu atenţie şi dinamic, aspectele putîndu-se schimba de la un moment la altul prin apariţia complicaţiilor endotoracice.

Notre orientare terapeutică în traumatisme toracice are la bază stabilirea sindromelor funcționale care au bază anatomică în concordanță cu gradul de distrucție parietală.

CONSIDERATIONS CLINICO-RADIOLOGIQUES DES VOLETS THORACIQUES

Conf.Dr.C.Ionescu, Dr.Gh.Crăciun, Dr.D.Ungureanu (I-ère Clinique de Chirurgie de Cluj); Conf.Dr. M.Ambronescu (Clinique de Radiologie de Cluj).

Lors d'un intervalle de 15 ans, à la I-ère Clinique De Chirurgie Cluj, sur un total de 1.204 traumatismes toraciques d'une gravité moyenne et sévère on a enregistré 32 volettes thoraciques (2,65%).

La pratique médicale prouve que la volette est encore plus grave lorsqu'elle se trouve associée à des lésions endothoraciques gazeuses ou bien à liquide.

Sur 32 malades présentant des volettes thoraciques, une insuffisance respiratoire manifeste est constatée dans 24 (43,44%) des cas.

La sévérité du traumatisme s'est montrée être en liaison non seulement avec la dimension de la volette, mais plutôt avec son degré de mobilité ainsi qu'avec son association a les lésions thoraciques ou extrathoraciques.

Si la mortalité chez les malades avec des lésions exclusivement thoraciques s'élève jusqu'à 17,39%, chez les polytraumatisés présentant aussi des lésions thoraciques, celle-ci en atteint 44%.

La plus fréquente localisation apparaît dans la

région sterno-costale ou bine antéro-latérale.

L'examen radiologique établissant le bilan lésional, exécuté de manière dynamique, exige une grande attention, étant donné que susceptibles d'entraîner le changement des aspects d'un moment á l'aure.

La nouvelle orientation thérapeutique quant aux traumatismes thoraciques a pour fondement le décelement des syndromes avec le degré de destruction pariétale.

VALOAREA INVESTIGATIILOR RADIOLOGICE IN PRECIZAREA INDICATIEI CHIRURGICALE IN URGENTELE TORACICE

Conf.Dr.C.Comșa, Dr. Georgeta Georgescu, Dr.Laura Dimitriu, Dr.D.Zară, Dr.C.Ciulavu

Clinica de chirurgie toracică, București

Autorii insistă asupra creșterii numărului urgențelor toracice și asupra complexității investigațiilor radiologice; examenele standard folosesc substanțele de contrast introduse după necesitate prin: trahee, esofag, pleură.

Autorii remarcă faptul că în present toracotomia exploratorie trebuie indicată extrem de rar numai în cazurile de extremă urgență (hemoragii mari, pneumotorax sufocant) sau în imposibilitatea practicării investigațiilor radiologice moderne.

Se arată rezultatele finale ale intervențiilor chirurgicale în urgențele toracice efectuate după reechilibrarea funcțiilor vitale perturbate și pe diagnostice lezionale bine precizate cu ajutorul investigațiilor radiologice moderne.

LA VALEUR DES INVESTIGATIONS RADIOLOGIQUES POUR ÉTABLIR L'INDICATION CHIRURGICALE DANS LES URGENCES THORACIQUES

Prof. agrégé Dr. C. Coman, Dr. Georgeta Georgescu, Dr. Lura Dimitriu, Dr. D. Zarè, Dr. C. Ciulavu
Clinique de Chirurgie Thoracique, Bucarest

Les auteurs insistent sur l'augmentation du nombre des urgences thoraciques et sur la complexité des investigations radiologiques: examens standard et l'utilisation des substances de contraste introduites suivant le cas, par la trachée, l'oesophage, la plèvre.

Les auteurs remarquent qu'aujourd'hui la thoracotomie exploratoire doit être indiquée très rarement, seulement dans les cas d'extrême urgence (grandes hémorragies, pneumothorax suffocant) ou dans l'impossibilité de pratiquer les investigations radiologiques modernes.

On expose les résultats finals des interventions chirurgicales dans les urgences thoraciques effectuées après l'equilibration des fonctions vitales perturbées et après avoir précisé le diagnostic lésionnel à l'aide des investigations radiologiques modernes.

MODIFICARI MEDIASTINO-PULMONARE IMEDIATE DUPA INTERVENTIILE OPERATORII PE ESOFAG

Conf. Dr. E. Popescu, Dr. C. Mărgineanu, Dr. Cornelia Popescu
Clinica de radiologie Spitalul Dr. Carol Davilla

Majoritatea autorilor descriu că aproximativ 40% din bolnavii operați pe afecțiuni esofagiene prezintă com-

plicaţia mediastino-pleuro-pulmonare imediate, din care unele cu caracter grav.

După Lortat Jacob complicaţiile postoperatorii mediastino-pleuro-pulmonare dau o mortalitate foarte mare. Astfel 28% din cei 995 de bolnavi ai săi care au suferit o toracotomie cu sau fără exereză esofagiană, au prezentat complicaţii, din care multe grave sau fatale.

Saegesse publică o statistică în care arată că în primele 30 de zile postoperatorii a avut o mortalitate de 38%, în principal prin complicaţii cardio-pulmonare.

Avînd în vedere aceste complicaţii care apar, ne dăm seama de importanţa urmăririi evoluţiei postoperatorii şi de utilitatea examenului radiologic, care de fapt trebuie să controleze zilnic starea plămînului şi a mediastinului.

Semiologia clinică trebuie să îndrume: examenul radiologic.

Trebuie ştiut însă că nu toate complicaţiile postoperatorii au o reprezentare radiologică de la început, iar unele imagini radiologice au reprezentare clinică minimă.

Examenul radiologic trebuie să urmărească în primele 5-6 zile revenirea plămînului la perete, apariţia eventuală a pneumotoraxului, a hidropneumotoraxului, să urmărească evacuarea lichidului şi să evidenţieze o serie de alte complicaţii mediastino-pulmonare care pot merge de la simple atelectazii pînă la abcese sau gangrene pulmonare, sau abcese mediastinale.

Pneumotoraxul este un aspect obişnuit după intervenţiile pe esofag, dar el trebuie să se rezoarbă în primele 72 ore. Un pneumotorax rezidual, mai ales care cola-

bează vîrful, trebuie asepărat aspirat pînă la reexpansionarea plămînului la perete.

Exsudatul sau hemotoraxul, relativ frecvente după aceste intervenţii, reprezintă medii favorabile pentru cultura microbilor şi deci apariţia unor complicaţii grave.

Apariţia reacţiei lichidiene trebuie urmărită în special între ziua a 3-a, a 7-a, iar examenul radiografic trebuie efectuat atît în picioare, cît şi în decubit pentru a evidenţia cantităţile mici de lichid pleural.

Alte complicaţii sînt pneumopatiile acute dominate de febră şi tulburări respiratorii, precum şi apariţia diferitelor aspecte de atelectazie.

Pneumonia şi mai ales bronhopneumonia acestor bolnavi îmbracă uneori forme suprascute şi hipertoxice care se traduc radiologic prin opacităţi micronodulare prezente mai ales în jumătatea superioară a cîmpurilor pulmonare. Adesea atît în cadrul pneumoniei, cît şi al bronhopneumoniei apar şi reacţii lichidiene bine evidenţiate pe radiografia de profil.

Atelectaziile pulmonare sînt relativ frecvente după anastomozele eso-gastrice intratoracice, dar extrem de rare după esofagoplastie procedeu Gavriliu.

Caracteristica acestor tipuri de atelectazie este dispariţia lor lentă, uneori depăşind 2-3 săptămîni.

Complicaţiile mediastinale sînt dominate de abcesul mediastinal produs prin dehiscenţa suturilor, de altfel desfacerea unei anastomoze în mediastin, echivalează cel mai adesea cu exitus (L. Jacob).

Diagnosticul radiologic al dehiscenţei suturilor

este dominat de apariţia imaginilor hidroaerice care nu trebuie confundate cu cele de cer a stomacului trecut în torace în urma toracoplastiei.

Diferenţierea anterioară intratoracică cu complicaţiile mediastinale inerente devine greu de precizat în cazul diagnosticului radiologic şi uneori chiar în cavitatea toracică, fiecare bolnăvit ţinând seama de ambele imagini hidroaerice.

În aceste cazuri sînt necesare mai multe examene pentru a ajunge la un diagnostic.

În complicaţiile mai frecvente după intervenţiile pe esofag trebuie menţionate fistulele toracice care produc prin diseminarea bolii empiem toracic mai mult sau mai puţin grav.

Asemenea suferinţe diagnosticate şi pot fi recunoscute la examenul radioscopic al toracelui.

În afara modificărilor amintite, mai întîlnim edemul pulmonar şi emfizemul mediastinal, complicaţii posibile, dar relativ puţin frecvente după intervenţiile pe esofag.

În baza celor descrise mai sus considerăm deosebit de util examenul radioscopic efectuat în primele 7 zile la bolnavii cu intervenţii operatorii pe esofag, fiind singurul examen care poate să evidenţieze modificările toracopulmuro-mediastinale, în funcţie de aceste modificări putîndu-se conduce terapeutica bolnavului.

MEDIASTINISCH-PULMONARE VERÄNDERUNGEN UNMITTELBAR NACH OPERATORISCHEN EINGRIFFEN AN DER SPEISERÖHRE

Conf. Dr. S. Popescu, Dr. C. Märgineanu, Dr. Cornelia Popescu

Klinik für röntgenologie Spital Dr. Carol Davilla

Der grösste Teil der Autorem stellen fest, dasz an etwa 40% aller an Beschwerden der Speiseröhre operierten Kranken unmittelbare mediastinisch-pleuro-pulmonäre Komplikationen, von denen einige von schwerer Natur, festzustellen sind.

Nach Lortat Jakob ergeben postoperative mediastinisch-pleuro-pulmonäre Komplikationen eine sehr hohe Sterbeziffer. So wiesen 28% seiner 995 Kranken, die an Torakotomie mit oder ohne Exerese der Speiserohre eitten, Komplikationen auf, von denen viele einen schweren oder fatalen Verlauf hatten.

Saegesse veröffentlicht eine statistik, aus der hervorgeht, dasz er in den ersten 30 Tagen nach dem Eingriff eine Sterbeziffer von 38% zu verzeichnen hatte, hauptsächlich als Folge von Komplikationen an Herz und Lunge.

Aus den auftretenden Komplikationen ergibt sich die Wichtigkeit der Kontrolle des postoperationellen Verlaufes und die Nützlichkeit der röntgenologischen Untersuchung, die eigentlich täglich den Zustand der Lunge und des Mediastins überprüfen sollte.

Die klinische Semiologie soll die röntgenologisch Untersuchung eigentlich anleiten.

Es ist aber zu beachten, dasz nicht alle postoperatorischen Komplikationen von Anfang an ein röntgenologischen Bildern nur unbedeutende klinische Bilder entsprechen.

Die röntgenologische Untersuchung musz eigentlich in den ersten 5-6 Tagen das Zurückkommen der Lunge an die Wand, das eventuelle Auftreten des Pneumothorax, des Hydropneumothorax sowie das Ausscheiden der Flüssigkeit verfolgen und eine Riehe von anderen mediastinisch-pulmonären Komplikationen, von einfachen Atelektasien bis zu Abszessen oder Lungengangräne, oder mediastinalen Abszessen, feststellen.

Der Pneumothorax ist zwar eine gewöhnliche Erscheinung nach Eingriffen an der Speiseröre, aber er musz in der ersten 72 Studen resorbiert werden. Ein verbliebener Pneumothorax, besonders wenn er an der Spitze musz unbedingt bis zum Wiederausdehnen der Lunge bis an die Wand aufgesangt werden.

Das Exudat oder der Hämothorax, verhältnismäszig häufig nach Eingriffen dieser Art, bilden günstige Nährböden für Mikroobenkulturen und können folglich zum auftreten von schweren Komplikationen führen.

Das Auftreten der lichidiene Reaktion musz besonders zwischen dem 3 bis 7 Tag verfolgt werden, und die röntgenologische Untersuchung musz sowohe im stehen, als auch in dekubit durchgeführt werden, damit auch kleine hangen von Pleural-flüssigkei festgestellt werden können.

Als andere Komplikationen können akute Pneumopatien auftreten, beherrscht von Fieber und Atmungsstörungen, sowie verscheidene Formen von Atelektasie.

Die Pneumonie und vor allen die Bronchopneumonie ann bei diesen Kranken manchmal überakonte oder hipertoxi-che Formen annehmen, die sich röntgenologisch als kllinkno-ige Toübungen, vor allem in weisen lassen. Häufig Groten ichidiene Reaktionen auf, sowohl im Rahmen der Pneumonie, ls auch der Bronchopneumonie, vor allen auf Röntgenbildern m Profil gut feststellbar.

Die pulmonören Atelektasien erscheinen verhältnis-äszig häufig Anastomosen, hingegen überaus selten in Folge on Esofagoplastie nach dem Gavriliu-Verfahren.

Kentzeichnend für diese Aoten von Atelektasie in st ihr allemähliches Verschwinden, mitunter erst nach über -3 Wochen.

Mediastinale Komplikationen werden beherrscht vom ediastinale bszess, verusacht durch ansonsten entopricht as Loslösen aufbredien einer Anastomose meist dem Exitus L.Jakob).

Die röntgenologische Diagnose der wird beherrscht urch das Auftreten von hidroaerischen Bildern, die nicht en in den Brustkorb eingesogenen Suftkammern während eso-astrichen Anastomosen zu verwechseln sind.

Die intarthoraksalische mit mediastinalen Kompli-ationen ist sower festzustellen im Falle serolichidischer, ventuell hematischer Diffusionen im Lungenhileraum, denn ie Pleuralglüssigkeit versteckt häufig das hidroaerische ild.

In diesem Falle sinf gezielte Röntgenaufnahmen und vor allem Lipiodoluntersuchungen nötig.

Eine unbekannte Komplikation ist das Ausdehnen

des interthorakal eingesogenen Magenbeutels, der durch Distension mehr oder coeniger schwere Herz-Atemboschwerden verursacht.

Solche Leiden verschwinden allmählich und können anlässlich der röntgenologischen Untersuchung des Brustkorbes festgestellt werden.

Ausser den genannten Veränderungen wären noch das Lungenoedem und das mediastinale Emfisem zu erwähnen, mögliche Komplikationen, die aber nach Eingriffen an der Speiseröhre verhältnismässig selten auftreten.

Auf Grund des oben Beschriebenen sind wir der Ansicht, dass die in den ersten 7 Tagen vorgenommene röntgenologische Untersuchung nach Eingriffen an der Speiseröhre überaus nützlich sind, da sie die einzige Untersuchung ist, die sie mediastinalen-pleuro-thorakalen Veränderungen feststellen kann, um auf Grund dieser Veränderungen die Therapie des Kranken zu leiten.

PNEUMOPATII ACUTE DUPA INTERVENTII CHIRURGICALE ABDOMINALE

Dr. Ioan Jocu

Clinica de radiologie. Spitalul Dr. I. Cantacuzino - Bucuresti

Pneumopatiile acute postoperatorii se caracterizează în numeroase cazuri, printr-un debut brutal, manifestat prin dispnee, cianoză, febră, dureri toracice, tahicardie. Prin tabloul dramatic sub care manifestă, instalat de obicei la 24-72 ore după efectuarea intervenţiei chirurgicale, îmbracă aspectul de urgenţă, necesitînd o explorare

...pidă pentru stabilirea diagnosticului şi aplicarea trata-
...mentului în mod operativ.

In stabilirea diagnosticului, examenul radiologic are o valoare deosebită, evidenţiind aspectul de opacitate omogenă de tip segmentar sau lobar, fără modificări volumetrice sau de vecinătate la nivelul scizurilor, diafragmului, organelor mediastinale.

Patogenia este complexă, fiind incriminaţi o serie de factori în raport cu anestezia şi intervenţia chirurgicală, circumstanţele particulare ale stării postoperatorii, la care se adaugă eventuale condiţii favorizante preexistente intervenţiei.

Lucrarea prezintă observaţii radioclinice de pneumopatii postoperatorii, fiind discutate circumstanţele de instalare, modalităţile clinice, aspectele radiologice şi problemele de diagnostic diferenţial cu atelectaziile postoperatorii şi cu infarctul pulmonar.

LES PNEUMOPATHIES AIGUES APRÈS LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ABDOMINALES

Dr. Ioan Jocu
Clinique de radiologie L'hôpital "Dr. I. Cantacuzino" Bucarest

L'auteur présente les aspects radiologiques des pneumopathies aigues survenues dans l'état postopératoire après les interventions sur la région abdominale.

Dans ce travail, on s'insiste sur les aspects étiopathogenique et spécialement sur le diagnostique positive et différentiel.

EXAMENUL RADIOLOGIC IN URGENTELE O.R.L. DETERMINATE DE CORPI STRAINI ESOFAGO-TRAHEO-BRONSICI

Dr. Ioan Dimitrescu şi Prof. Dr. St. Surtea

Clinica medicală II şi clinica O.R.L. Cluj

Corpii străini esofago-traheo-bronşici-prin natura, localizarea şi complicaţiile generate - ocazionează frecvent urgenţe care pun adesea probleme dificile de diagnostic şi tratament.

Autorii analizează valoarea practică a explorării radiologice dedusă din urmărirea celor 449 cazuri internate ca urgenţe la clinica O.R.L. din Cluj, în ultimii 25 ani. Ei ajung la concluzia că în astfel de împrejurări examenul radiologic reprezintă o investigaţie deosebit de utilă, la care nu trebuie să se renunţe, deoarece permite - direct sau indirect - să se precizeze: existenţa, natura, forma şi dimensiunile corpului străin; localizarea, poziţia şi situaţia topografică; complicaţiile prilejuite de prezenţa corpului străin, sau/şi stări patologice preexistente şi ignorate.

Informaţiile radiologice obţinute în astfel de circumstanţe lărgesc "marginea de securitate". Ele contribuie la alegerea şi individualizarea conduitei terapeutice, precum şi la prevenirea unor posibile accidente. In cursul manoperelor de extragere a corpilor străini radiopaci, examenul radiologic uneori poate să aducă unele servicii; după înlăturarea corpului străin el serveşte la aprecierea obiectivă a rezultatelor şi la evidenţierea posibilă a

unor eventuale complicaţii redutabile (perforaţii).

INSUFICIENTA ACUTA RESPIRATORIE IN METASTAZELE PULMONARE ALE CORIOEPITELIOMULUI

(Consideraţii clinico-radiologice în legătură cu 2 observaţii personale)

Dr.N.Nicolescu, Dr.St.Dediu, Dr.M.Leonescu,
Dr. Truşcă Gabriela
Clinica de boli infecţioase Colentina

Autorii relatează 2 cazuri de coriocepitelioma cu metastaze diseminate pulmonare internate în Clinica de boli infecţioase Colentina cu diagnosticul de septicemie postabortum.

Ambele bolnave au prezentat la internare fenomene grave de insuficienţă acută respiratorie, iar examenul radiologic a pus în evidenţă focare multiple nodulare diseminate în ambii plămîni, cu aspect pseudoinflamator care au ridicat probleme dificile de diagnostic.

Intr-un prim caz, tabloul clinic dramatic pseudosepticemic, istoricul bolii în relaţie directă cu un "avort septic", datele neconcludente ale examenului genital repetat şi aspectul radiologic al focarelor pulmonare care evocau un proces diseminat inflamator necrotic, au făcut imposibil diagnosticul corect intra vitam. Numai examenul anatomo-histopatologic necroptic a clarificat diagnosticul.

In al doilea caz, de asemenea cu tabloul clinic pseudosepticemic după avort provocat, examenul radiologic a decelat adenopatii mari tumorale mediastinale (aspect mai

rar întîlnit în corioepiteliom) asociate cu focare parenchimatoase de tip pseudoinflamator, care de la început au ridicat şi suspiciunea de metastaze în cadrul unui corioepitelliom. Biopsia unui ganglion supraclavicular a confirmat diagnosticul.

Se fac ample consideraţii clinice şi radiologice de diagnostic diferenţial cu o serie de infecţii (stafilococice, bacilii gram negativi, tuberculoză, infecţii fungice etc.) prin similitudinile prezentate, care pretează la confuzii de diagnostic.

ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN LUNG LETHASTASIS OF THE CHORIOEPITHELIUM

(Clinical and radiological considerations on two personal observations)

N.Nicolescu, St.Dediu, M.Leonescu, Truşcă Gabriela
From the infectious diseases Clinics - Colentina

The authors discuss about 2 chorioepithelium cases - with lung generalised methastasis - admitted in the infectious diseases Clinics Colentina - with the prelimminary diagnosis of septicaemia postabortion.

On admission the two women were very gravely both with acute respiratory failure; the Rx.examination revealed many nodular foci throughout both lungs, suggesting thus, a pseudo-inflammatory process, raising therefore many difficulties in diagnosis.

In the first case, the accurate clinical diagnosis wasn't possible, the whole status of the patient suggested

a pseudo-septicemic process beside a history of septic abortion with nonconcludent dates at the genital examinations.

The chest films showed densities over both lung fields which were consistent with a generalised necrotizing - inflammatory process.

Only the pathologic examination, made possible the diagnosis.

In the second case, the authors met the same pseudo-septicemic picture in connection with a septic-abortion (in historical past of the patient).

The Rx.examination revealed a tumoral mass of lymph nodes in the mediastinum (a very unusual feature of the chorioepithelium) and many parenchimatous foci pseudo-inflammatory like which raised the possibility of chorio-epithelium methastasis.

The biopsy of a superclavicular lymph node made clear the diagnosis.

The authors stress on the necessity to differentiate this illness from the generalized infections (with staphylococcus, gram negative baccillus, tuberculous, fungal infections) which may look very like this condition and make thus the diagnosis very difficult.

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN PNEUMOTORAXUL SPONTAN

Dr. Ioan Jocu
Clinica de radiologie I.M.F. Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucuresti

Urgență medico-chirurgicală, pneumotoraxul spontan se manifestă brusc la persoane în stare de sănătate

aparentă prin apariţia unei dureri toracice pulsatorii, însoţită de dispnee. Survine predominant la bărbaţi, fiind incriminate o serie de circumstanţe favorizante: frecvenţa crescută a traumatismelor, incidenţa ridicată a bronhopatiilor cronice obstructive.

Examenul radiologic are o valoare primordială în stabilirea diagnosticului, explicarea mecanismului de producere, precum şi în aprecierea tendinţei evolutive a acestuia.

Explorarea radiologică evidenţiază prezenţa aerului în cavitatea pleurală, aspectul liber sau brilat al pneumotoraxului, gradul de colabare a plămânului în raport cu cantitatea de aer pătrunsă în cavitatea pleurală, deplasarea contralaterală a organelor mediastinale, eventual unui revărsat lichidian pleural.

Analiza radiografiilor furnizează, într-o serie de cazuri, informaţii privind mecanismul de efracţie a pleurei viscerale. Leziunea poate fi situată parenchimatos subpleural (bulă de emfizem, leziuni tuberculoase sau netuberculoase) sau pleural (leziuni tuberculoase, tumori, mai ales secundare). Trebuie subliniat însă că, într-un număr mare de cazuri, nu pot fi decelate leziuni care să explice producerea pneumotoraxului.

In aprecierea fiecărui caz trebuie să se ţină în vedere vîrsta persoanei respective. La tineri, de obicei nu depistăm leziuni care să poată să fie incriminate în producerea pneumotoraxului. Este probabil vorba de ruperea unor bule de emfizem subcorticale.

La bătrîni, instalarea unui pneumotorax poate să

reprezinte o complicaţie a unei bronhopatii cronice obstructive. Nu trebuie omisă posibilitatea unor metastaze.

Modalităţile evolutive ale pneumotoraxului spontan pot fi apreciate clinic şi radiologic. Evoluţia favorabilă se traduce prin tendinţa spre reexpansionare rapidă a plămânului colabat. Dimpotrivă evoluţia nefavorabilă se manifestă clinic prin accentuarea dispneei, iar radiologic prin mărirea progresivă a cantităţii de aer din cavitatea pleurală şi accentuarea deplasării contralaterale a organelor mediastinale.

Diagnosticul diferenţial radiologic va avea în vedere posibilitatea existenţei unei bule gigante de emfizem, unui chist aerian gigant, care însă nu se însoţesc de manifestările clinice dramatice întîlnite în caz de pneumotorax spontan.

Durerea violentă din pneumotorax impune diagnosticul diferenţial cu infarctul pulmonar, infarctul miocardic, pleurezia serofibrinoasă.

Lucrarea prezintă cazuri de pneumotorax spontan apărute în diferite circumstanţe (la tineri, la persoane cu bronhopatii cronice obstructive, în cazuri de metastaze etc.) analizînd aspectele clinice, radiologice şi evolutive.

LA VALEUR D'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LE PNEUMOTHORAX SPONTANE

Dr. Ioan Jocu
Clinique de radiologie L'hôpital Dr I. Cantacuzino Bucarest

L'auteur présente les facteurs etiopathogenique dans l'apparition du pneumothorax spontané, les aspect

cliniques et radiologiques aussi que les problèmes du diagnostic differentiel.

STUDIU CLINICO-RADIOLOGIC ASUPRA MODIFICARILOR PULMONARE IN INTOXICATIA ACUTA CU CLOR

Dr.Gh.Dobrinescu

Spitalul unificat al Municipiului Gh. Gheorghiu-Dej

Acţiunea clorului gazos substanţă cu recunoscute proprietăţi iritant-sufocante asupra aparatului respirator în concentraţii care depăşesc 80-100 mg Clor/m^3 aer, duce la apariţia intoxicaţiilor acute. In funcţie de concentraţie, de durata expunerii şi de factori individuali, apar forme de intoxicaţie acută gravă, medie si uşoară.

Examenul radiologic este în general concordant cu forma clinică a intoxicaţiei acute şi pune în evidenţă opacităţi de tip bronhopneumonic, noduli milieri, imagini de atelectazie în formele grave, reacţii pleurale şi accentuarea desenului hilar şi peribronho vascular în formele medii, desenul hilar întărit sau imagine toracică normală în formele uşoare.

Prezentul studiu este efectuat pe o perioadă de 11 ani (1961-1971) şi cuprinde observaţiile asupra 89 de cazuri de intoxicaţie acută cu clor internate în spital, reprezentînd accidente de muncă la Uzina Chimică Borzeşti.

Au fost de asemenea urmăriţi clinic, funcţional şi radiologic un număr de 53 de pacienţi la un interval de 5-7 ani după episodul acut pentru a putea face aprecieri asupra problemei incomplet elucidate a sechelelor după in-

toxicație acută cu clor.

Studiul intoxicației acute a fost completat prin studiu anatomo-patologic experimental pe cobai.

RUPTURILE DIAFRAGMULUI

Dr. Teodor Filipaș, Dr. Ghorghe Ionescu

Clinica chirurgicală I Cluj

Viteza, cu toate consecințele ei caracterizează secolul nostru. Accidentele ce se prezintă în serviciile de urgență sînt o imagine pregnantă a consecințelor vitezei. Ruptura diafragmului este o afecțiune gravă consecință unui traumatism toraco-abdominal violent. Este gravă această afecțiune fiindcă se însoțește de obicei cu alte leziuni traumatice ale plămînului, ale organelor abdominale și de fracturi ale coastelor și membrelor.

In fața unui politraumatizat o importanță deosebită trebuie acordată inventarierii tuturor leziunilor. Ruptura diafragmului diagnosticată, intervenția chirurgicală de urgență se impune.

Diagnosticul rupturii diafragmului este radiologic; o radioscopie toraco-abdominală completată cu radiografii este suficientă pentru depistarea acestora. In unele cazuri se poate administra o substanță opacă oral; preferăm gastrografinul care marchează perfect herniarea organelor abdominale în torace, eventual perforarea acestora.

La un politraumatizat care prezintă o **vasiare** și un revărsat lichidian în sinusurile costodiafragmatice, întotdeauna să ne gîndim și la o ruptură de diafragm.

In statistica noastră, majoritatea cazurilor sîn-

furnizate de bolnavii de urgenţă, politraumatizaţi. Avem însă şi cîţiva bolnavi cronici, internaţi pentru alte afecţiuni şi cărora le-am diagnosticat o hernie diafragmatică posttraumatică nedepistată, la ani de zile după traumatism.

Datorită şocului, dinamicii respiratorii modificate, hemoragiei interne, afecţiunea este gravă cu un procent ridicat de mortalitate.

Din expunerea cîtorva cazuri, se poate trage concluzia că în prezenţa unei voalări a sinusurilor costo-diafragmatice la un politraumatizat radiologul trebuie să se gîndească şi la posibilitatea unei rupturi diafragmatice.

LES RUPTURES DU DIAPHRAGME

Dr. Teodor Belteag, Dr. Georges Ionescu
Clinique Chirurgicale I Cluj

La vitesse avec toutes ses conséquences est devenue un caractéristique de notre siècle. Les cas d'accidents présentés aux services d'urgence constituent une image prégnante des conséquences de la vitesse. La rupture du diaphragme est une affection grave, la conséquence d'un traumatisme torsco-abdominal violent. Elle est d'autant plus grave qu'elle est accompagnée d'autres lésions traumatiques du poumon, des organes abdominales et de la fracture des côtes et des membres.

Dans le cas d'un poly-traumatisé il faut accorder une grande importance à dresser l'inventaire de toutes les lésions. Une fois la rupture du diaphragme dépisté une intervention chirurgicale urgente s'impose.

Le diagnostic de la rupture du diaphragme se fait radiologiquement, une radioscopie thoraco-abdominale complétée d'une radiographie sont suffisantes. Dans certains cas on peut administrer, bucalement, une substance opaque (nous préférons le gastrographine) qui marque parfaitement les organes abdominales pénétrées dans le thorax et éventuellement leur perforation.

Dans le cas d'un poly-traumatisé qui présente un débordement liquide dans les sinus il faut tout de suite penser à une rupture du diaphragme.

Dans notre statistique la majorité des cas sont fournis par les hospitalisés d'urgence, polytraumatisés. Nous avons, cependant quelque malades chroniques hospitalisés pour d'autres affections ou nous dépisté des hernies diaphragmatiques post-traumathiques qui remontent à des accidents anciens, de quelques ans.

A cause des chocs, des modifications de la dinamique respiratoire, de l'hemorragie interne, cette affection est bien grave, ayant un pourcentage élevé de mortalité.

A la base de la présentation de quelques cas on peut tirer la conclusion que dans la présence des sinus costo-diaphragmatiques voilés chez un poly-traumatisé le radiologue doit penser aussi à la possibilité d'une rupture diaphragmatique.

CONSIDERATII ASUPRA DIFICULTATILOR DE DIAGNOSTIC ALE HERNIEI DIAFRAGMATICE POSTTRAUMATICE

Dr. Grigore I. Nubert

Clinica radiologică Timişoara

Hernia diafragmatică posttraumatică prin contuzie toraco-abdominală constituie o complicaţie gravă a politraumatismelor fiind mai frecvent întîlnită după accidentele rutiere. Condiţiile speciale de examinare radiologică a unor astfel de bolnavi, care sînt de obicei în stare de comă, nu permit totdeauna evaluarea imediată a tuturor leziunilor, care contribuie de altfel la agravarea evoluţiei. Pentru exemplificarea acestor afirmaţii se prezintă observaţia unui bolnav, accidentat în urma unei coliziuni de automobil, în stare de comă şi a cărui insuficienţă respiratorie este pusă pe seama traumatismului cranio-cerebral. Examenul radiologic la patul bolnavului găseşte o imagine a toracelui care sugerează existenţa unui revărsat lichidian pleural masiv, considerat la început drept un hemotorax. Deoarece bolnavul începe să prezinte o hematemeză aproape continuă se reiau examinările şi se face punctia lichidului pleural, care se dovedeşte a fi suc gastric. Examenul radiologic toracic după administrarea pe sondă a unei substanţe de contrast arată o hernie gastrică intratoracică de dimensiuni apreciabile. Continuarea hemoragiei digestive, care constituie acum aspectul cel mai defavorabil al stării bolnavului a impus intervenţia de urgenţă care a confirmat şi tabloul radiologic.

Am considerat utilă prezentarea acestui caz care

prin aspectul radiologic atipic a necesitat investigaţii repetate şi complexe pentru precizarea leziunilor şi tratamentul necesar arătînd încă o dată valoarea deosebită a examenului radiologic în urgenţele chirurgicale toraco-abdominale.

EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENTA IN HERNIA DIAFRAGMATICĂ

Dr.Ridvan Jeuzi, Dr.Radu Holban, Dr. Vasile Bălănescu, Dr. Ana Popa

Spitalul Constanţa

In cadrul durerilor toracice şi precordiale intense care solicită un examen radiologic de urgenţă pentru diagnosticul cărora medicul are de ales între multe cauze locale sau la distanţă este şi hernia difragmatică, mai ales cînd tabloul clinic nu este caracteristic sau sugestiv.

Bolnavul se prezintă de urgenţă pentru o durere vie mai mult toracică, neprecisă, iar semnele examenului medical sînt derutante deoarece apar zone de timpanism alternînd cu zone de matitate, zgomote hidroaerice, borborisme schimbătoare. Uneori anamneza poate decela un traumatism recent sau mai vechi. Uneori durerea este însoţită de fenomene pseudooclusive. La copii simptomul dominant este dispneea gravă.

Examenul radiologic este singurul care pune diagnosticul de certitudine arătînd o porţiune de intestin sau stomac migrat în torace. In cadrul acestei afecţiuni prezentăm trei cazuri de hernii diafragmatice la copii şi patru cazuri la adulţi.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE DANS L'HERNIE DIAFRAGMATIQUE

Dr. Ridvan Feuzi, Dr. Radu Holban, Dr Vasile Bălănescu, Dr. Ana Popa

L'hôpital Constanța

Dans le cadre des douleurs thoraciques et précordialles intenses qui solicite un examen radiologique d'urgence, pour le disgnostic des quelles, le médecine a de choisir parmi les beaucoup des causes locales ou a la distance, est aussi l'hernie diafragmatique, surtout quand le tableau clinique n'est pas caractéristique ou suggestif.

Le malade se présente d'urgence pour une douleur vive, plus thoracique, imprécise, et les signes de l'examen médical sont déroutants, parcequ'ils apparessent des zones de timpanism alternant avec des zones de matite, bruit hidroaeriques, borborismes changeants.

Parfois l'anamnése peut dacéler un traumatism récent ou plus ancien. Parfois la douleur est accompagné par des phénoménes pseudo-occlusifs. Chez les enfants le symptôme dominant est la dispné grave.

L'examen radiologique est le seul qui pose le disgnostic de certitude en montrant un segment d'intestin, ou d'éstomac, migré dans le thorax.

Dans le cadre de cette affection nous présenterons trois cas d'hérnie diafragmatique chez les enfants et quatre cas chez les adults.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DES MALADES D'INFARCTUS DU MYOCARDE AIGU

Dr.L.Manolov, Dr.Krastchev (Sofia)

Institut républicain scientifique et pratique de médicine d'urgence "N.I.Pirogov" Sofia

Ayant analisé les signes radiologiques chez des malades traités d'un infarctus de myocarde aigu pendant les dernieres deux ans dans la clinique thérapeutique de l'Institut les auteurs tirent la conclusion, que l'exploration radiologique, elle-même ne donnante pas la diagnose, présente des renseignements importants sur l'état morphologique et fonctionnelle du coeur. En cas pareils l'état fonctionnelle du coeur réflète avant tout sur la circulation pulmonaire. Pendant la crise aiguë on peut observer tous les degrés de la stase dans le petit circuit sanguin, de la stase veineuse centrale jusqu'à l'oedème pulmonaire alvéolaire typique. Même les degrés les plus hauts de la perturbation de la circulation pulmonaire, bien démonstrés sur les clichés, peuvent rester inaperçus par les autres méthodes d'exploration clinique. Les signes radiologiques observés ont une signification prognostique déterminée. On a observé des perturbations de la circulation pulmonaire plus fréquantes et plus graves chez les malades qui n'ont pas survécu la crise aiguë. C'est pourquoi l'exploration radiologique doit être une partie obligatoire du minimum clinique pour la hôspitalisation des malades et

pour suivre l'état des malades pendant leur séjour au departament à soins intensifs.

UNELE SEMNE RADIOLOGICE OBSERVATE IN INFARCTUL MIOCARDIC

Conf.Dr.D. Rădulescu, Dr.R.Vlaicu

Clinica radiologică Cluj

Infarctul miocardic este o urgență majoră a medicinii, în care starea generală a bolnavului nu permite examinarea radiologică decît în rare cazuri. Au fost urmăriți prin efectuarea de radiografii în poziție antero-posterioară, în decubit, la patul bolnavului, un număr de 18 bolnavi cu diagnosticul clinic de infarct miocardic. Distanța focar-film a fost un metru.

S-au constatat în 13 cazuri (72%) o mărire a cordului. Aprecierea dimensiunilor cordului s-a făcut ținîndu-se cont de mărirea produsă de tehnică prin proiecție conică la distanța focar-film de un metru. Această mărire a fost numai a ventriculului stîng în patru cazuri (30%) și a cordului în totalitate cu predominanța ventriculului stîng în nouă cazuri (70%). Aorta a apărut dilatată și opacă în toate cazurile urmărite. La restul de cinci bolnavi (28%) cordul a fost aproximativ în limite normale, la patru din acești bolnavi constatîndu-se semnele cunoscute în ateroscleroză. Nu s-a constatat la nici un caz modificări ale conturului cardiac, în sensul unor proeminențe ale conturului stîng (care este sediul cel mai frecvent al infarctului) așa cum s-au descris de unii autori. La doi bol-

navi (18%) s-a constatat o bombare a arcului II stîng.

Urmărind radiologic cîmpurile pulmonare s-au constatat următoarele: edem pulmonar caracterizat prin opacifiere omogenă hilară şi perihilară bilaterală cu aspectul cunoscut clasic de "aripi de fluture". Aspectul radiologic de edem pulmonar s-a întîlnit la opt bolnavi (44%). Urmărind simetria opacităţii produsă de edemul pulmonar am constatat că edemul a apărut mai întîns în cîmpul pulmonar stîng faţă de cîmpul pulmonar drept la doi bolnavi. La opt bolnavi (56%) s-au constatat semne de insuficienţă cardiacă caracterizate prin mărirea desenului hilar şi accentuarea desenului pulmonar. La doi bolnavi (11%) aspectul plămînilor a fost normal.

CERTAINS SIGNES RADIOLOGIQUES DE L'INFARCTUS MYOCARDIQUE

Conf. Dr. D. Rădulescu, Dr. R. Vlaicu

Clinique Radiologique Cluj

L'infarctus myocardique se trouve parmi les urgences majeures de la médecine, l'état du malade ne permettant l'examen radiologique que dans de très rares cas.

On poursuit, par des radiographies en position antéropostérieure, en décubitus, au lit du malade un nombre de 18 cas avec le diagnostic clinique d'infarctus myocardique. La distance focus-film a été de 1 m.

L'augmentation du coeur est constatée dans 13 cas (72%). L'estimation des dimensions du coeur a été faite en raison de l'augmentation due à la technique par projec-

tion conique, à une distance focus-film de 1 m. Dans les ci-dessus cas, une augmentation uniquement dans le ventricule gauche, s'est produite dans 4 cas (30%), tandis que l'augmentation du coeur dans le reste des cas a prédominé dans le ventricule gauche (70%). De même, l'aorte este apparue dilatée et opaque dans tous les cas. Chez le reste de 5 cas (28%), le coeur présentait à peu près les limites normales, des signes classiques d'athérosclérose étant constatés chez 4 malades. Des modifications du contour cardiaque, respectivement des proéminences du contour gauche le siège préféré et plus fréquent de l'infarctus signalé dans la littérature, ne furent pas constatées. Dans deux cas (18%), on a remarqué une convexité du deuxième arc gaucho.

L'étude radiologique des champs pulmonaires a indiqué: oedème pulmonaire caractérisé par une opacité homogène hilaire et périhilaire bilatérale, d'un aspect classique "d'ailes de papillon". L'aspect radiologique d'oedème pulmonaire fut rencontré chez 8 malades (44%). Poursuivant la symétrie de l'opacité produite par l'oedème pulmonaire, on a constaté que, par rapport au champ pulmonaire droit, l'oedème s'est trouvé plus extinct dans le champ pulmonaire gauche que dans celui droit. Chez huit malades (56%), on a remarqué des signes d'insuffisance cardiaque, caractérisés par la dimension du dessin hilaire ainsi qu'un dessin pulmonaire plus marqué. L'aspect des poumons est apparu normal dans 2 cas (11%).

ANGIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TRAUMATIC LESIONS OF THE AORTA AND OF GREAT VESSELS

Ivo Gorez, M.D., Jozo Stropnik, M.D. and Adro Kosak, M.D.
(From the Cardiovascular Sections, the Institute of Roentgenology and Department of Surgery, University Clinical Hospitals, Ljubljana, Yugoslavia)

With the increased motorisation, accidents resulting in polytraumatised patients are now common. Aorta and or great arteries may be effected in a wide spectrum of traumatic lesions from intimal tears to complete transsections in 10 - 20% of these patients.

An early and definite diagnosis of traumatic vascular lesions by means of angiography is crucial for the adequate treatment. Specific angiographic methods and radiographic techniques should be selected and applied individually.

Cases of acute traumatic ruptures of aorta, of the subclavian artery and of abdominal arteries, successfully treated by surgery, will be discussed. In addition, thrombotic occlusive arterial lesions and chronic posttraumatic pseudoaneurysms of aorta and of the great vessels will be presented.

The therapeutic aspects of the diagnostic angiographic procedures will be stressed.

L'ANGIOGRAPHIE D'URGENCE EN PATHOLOGIE AORTIQUE NON TRAUMATIQUE (DISSECTION, RUPTURE DE LA PAROI, FISSURATION D'ANEVRYSME)

P. Pinet, M. Amiel, A. Clermont, A. Rubet, J.C. Froment

Les auteurs rapportent le bilan des angiographies réalisées en urgence pour des lésions aortiques comprenant:

- 17 anévrysmes disséquants
- 4 anévrysmes de la crosse en cours de fissuration
- 2 ruptures de la paroi aortique

Le tableau clinique le plus fréquent etait du type infarctus du myocarde avec électro-cardiogramme normal. L'aortographie directe s'est avérée la seule méthode susceptible de fournir une sécurité diagnostique et un bilan étendu des lésions. Elle est bien tolérée chez ces malades choqués.

Le bilan diagnostique de chacune de ces lésions est confronté avec les données cliniques, anatomiques ou chirurgicales.

RISCURILE SI COMPLICATIILE ANGIOGRAFIILOR PROBLEME DE URGENTA MEDICO-CHIRURGICALA

Dr. Mircea Nana, Dr. Teodor Belteag

Clinica Chirurgicală I Cluj, Serviciul de Urgență

Bazați pe o statistică pe 12 ani, care însumează un număr de 460 angiografii prin diferite metode, autorii prezintă o serie de considerații cu privire la riscurile pe

care le prezintă diversele metode de explorare radiologică a aparatului vascular.

Examinarea în sine, în anumite cazuri, constituie o urgenţă medico-chirurgicală.

Sînt desbătute succesiv mecanismele de producere a accidentelor care pot surveni în cursul sau în urma angiografiilor, cît şi metodele de prevenire a acestora.

Autorii analizează pe larg statistica proprie, care însumează un număr minim de accidente majore, semnalîndu-se mai ales incidente legate de intoleranţa la substanţa opacă, extravazarea substanţei de contrast, un traumatism arterial după Seldinger, depunerea substanţei de contrast periarterial. Se insistă asupra controlului cu caracter preventiv al coagulogramei, a asigurării unei bune premedicaţii, anesteziei peridurale în cazul aortografiilor, obligativitatea prezenţei personalului şi a materialului necesar unei eventuale reanimări. De asemenea, este semnalată falsa securitate pe care o asigură testul de toleranţă la iod.

Toate aceste măsuri de securitate sînt dominate de experienţa personală, care este în măsură să influenţeze diferitele statistici.

In faţa unui accident angiografic care se soldează cu efracţie endotelială, se impun linii de conduită clare, care depind în special de vasul explorat. Complicaţiile ischemice survenite reprezintă o urgenţă cu indicaţii absolute de a interveni chirurgical, pentru refacerea segmentului vascular interesat.

Ca un corolar, de o absolută necesitate în mate-

rie de angiografie, se situează colaborarea strînsă între serviciul de radiologie şi serviciul de chirurgie vasculară.

LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS DES ANGIOGRAPHIES PROBLEMES D'URGENCE MEDICO-CHIRURGICAUX

Dr. Mircea Nana, Dr. Teodor Belteag

Clinique Chirurgical I Cluj

Sur une statistique de 12 années, totalisant 460 angiographies par différents méthodes, les auteurs présentent des considérations concernant les risques des diverses méthodes d'éxploration radiologique de l'arbre vasculaire.

Même l'examination est, quelquefois, une urgence médico-chirurgicale.

On présente les mécanismes des accidents qui peuvent apparaitre pendant et après les angiographies, aussi que les méthodes de prophylaxie de celles-ci.

Les auteurs analysent leur propre statistique, qui présente un minimum des accidents majeurs, en signalant des incidents liés à l'intolerance pour la substance opaque, des extravasats, un traumatisme artérial après Seldinger, la déposition périartérielle de la substance. On insiste sur le contrôle prophylactique de l. coagulogramme, une bonne prémédication, l'anesthésie péridurale en cas d'aortographies et sur l'obligativité de la présence du personnel et du materiel en cas d'une eventuelle réanimation. On signale aussi, la fausse sécurité du test de tolérance envers la molécule utilisée.

Tous ces mesures de sécurité sont dominés par l'expérience personnel, qui peut influencer les différents statistiques.

Confrontés avec un accident angiographique soldé par une effraction endothéliale, on impose des lignes clinices de conduite, en dépendence specialement du type du vaisseau exploré. Les complications ischémiques répresentent une urjence absolue pour une intérvention chirurgicale vizant la réstitution du segment vasculaire interessé.

Comme corolaire, d'une absolue nécesité en matière d'angiographie, c'est la collaboration étroite entre le service de radiologie et celle de chirurgie vasculaire.

ASPECTE RADIOLOGICE IN TRAUMATISMELE CARDIO-VASCULARE

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.I.Puşcaş, Dr.I.Tudosiu,
Dr.S.Georgescu, Dr.D.Miresca
Clinica de radiologie Fundeni Bucureşti

Pe baza a 22 observaţii clinico-radiologice şi a conduitei terapeutice autorii propun împărţirea traumatismelor cardiovasculare în: medicale şi chirurgicale. Din punct de vedere etio-patogenic traumatismele cardiovasculare observate au fost: accidentale şi postoperatorii.

Sînt prezentate aspectele radiologice ale unor leziuni traumatice mai importante ca: în ruptura de sept interventricular, ruptura de sortă toracică, corp străin metalic miocardic, tamponadă cardiacă posttraumatică, valvă Starr blocată, anevrism disecant al aortei toracice, des-

facere de suturi după rezecție de aortă, emfizem subcutan după comisurotomie mitrală ș.a.

ASPECTS RADIOLOGIQUES DANS LES TRAUMATISMES CARDIOVASCULAIRES

Conf.Dr.C Butnaru, Dr.I.Puşcaş, Dr.I.Tudosiu,
Dr.S.Georgescu, Dr. D.Mirescu
Clinique Radiologique Fundeni Bucarest

Etude basée sur 22 observations. Selon les critères clinico-radiologiques, les auteurs proposent la classification suivante de la conduite thérapeutique : 1) médicale, 2) chirurgicale. Selon l'étiopathogénie: 1) après traumatisme cardiovasculaire accidentel, 2) après traumatisme cardiovasculaire opératoire, 3) pendant l'évolution des lésions cardiovasculaires congénitales (acquises).

On présente les aspects radiologiques de certaines lesions traumatiques cardiovasculaires (rupture de septum, rupture d'aorte thoracique, corps étranger miocardique, tamponnade cardiaque post-traumatique, valves Starr bloquées, anévrisme disséquant de l'aorte thoracique, déchirure de suture après résection d'aorte pour coarctation, emphysème souscutanné après commissurotomie mitrale).

EXAMENUL RADIOLOGIC AL TRAUMATIZAȚILOR CARDIOVASCULARI

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.I.Puşcaş, Dr.I.Tudosiu
Dr.D.Mirescu, Dr.S.Georgescu
Clinica de radiologie Fundeni București

Bazați pe o experiență proprie, autorii prezintă

indicaţiile examenului radiologic, ierarhizarea diferitelor tehnici şi rezultatele obţinute.

Examenul radiologic, condus după tehnica propusă de autori, a permis diagnosticul de leziune, al complicaţiilor şi alegerea conduitei terapeutice (medicală, chirurgicală) sau necesitatea continuării explorărilor prin tehnici speciale radio-chirurgicale: cateterism, angiocardiografie, precum şi evoluţia leziunilor.

Sînt prezentate spre ilustrare şase cazuri: corp străin metalic miocardic, ruptură de sept interventricular, ruptură de aortă toracică, tamponadă cardiacă după lezare traumatică de miocard, valvă Starr blocată, desfacere de suturi după rezecţie de aortă.

ANEVRISMUL DISECANT DE AORTA TORACICA

Diagnostic aortografic în 3 cazuri

Dr. Sanda Boiu, Dr. B. Fotiade, Dr. I. Pavelescu,
Dr. D. Constantinescu
Spitalul Fundeni Bucureşti

O dată suspectat clinic, diagnosticul de anevrism disecant de aortă trebuie confirmat prin examene radiologice.

Dificultăţile de interpretare corectă a modificărilor surprinse în cadrul examenului radiologic standard, ca şi urgenţa clinică, impun precizarea diagnosticului prin vizualizarea aortei cu substanţă de contrast.

Autorii descriu şi fac aprecieri în legătură cu trei cazuri diagnosticate aortografic şi confirmate oper-

ter.

Dat fiind urgenţa cu care trebuie precizat diagnosticul, riscul metodei rămîne neglijabil şi aortografia trebuie indicată în toate cazurile suspectate clinic de disecţia acută aortică.

Autorii insistă asupra importanţei datelor morfologice pe care aortografia le furnizează echipei chirurgicale, informaţii absolut indispensabile pentru corecţia chirurgicală.

L'ANEVRISME DISSECANT DE L'AORTE THORACIQUE

Diagnostic aortographique dans 3 cas

Dr.Sanda Boiu, Dr.B.Fotiade, Dr.I.Pavelescu
Dr.D.Constantinescu
L'hôpital Fundeni Bucarest

Une foi- qu'on a suspecté le diagnostique clinique d'anévrisme disseçant de l'aorte, celui-ci doit être confirmé par des investigations complets radiologiques et aortographiques.

Les difficultés d'interprétér correctement les modifications sur les radios, et l'urgence clinique imposent la précision du diagnostique par des investigations spéciales aortographiques.

Les auteurs décrivent 3 cas personnels qui ont été diagnostiqués par aortographies suivies de confirmation diagnostique peropératoire.

Etant donné l'urgence de la précision du diagnostique et le risque négligeable de l'aortographie, la méthode doit être considerée comme obligatoire dans chaque

cas de suspicion clinique de dissection aiguë aortique.

Les auteurs insistent sur l'importance des données morphologiques que l'aortographie fournie à l'equipe chirurgicale, informations tout à fait indispensable pour une correction chirurgicale.

CRITERII RADIOLOGICE DE APRECIERE A VENTRICULULUI STÎNG IN HIPERTENSIUNEA ARTERIALA PAROXISTICA

Conf.Dr. D.Rădulescu

Clinica radiologică Cluj

Au fost urmăriţi zece bolnavi cu hipertensiune arterială secundară endocrină, produsă de tumori a glandelor suprarenale. Diagnosticul s-a făcut clinic, umoral, radiologic. Toţi bolnavii au beneficiat de intervenţie operatorie (suprarenalectomie). Aprecierea cavităţilor cardiace şi în special a ventriculului stîng s-a făcut prin radiografii în PA, OAD, OAS, PS, efectuate la distanţa focus-film 1,80 m. Radiografiile s-au executat la o respiraţie liniştită. Cordul a apărut normal la şase bolnavi, deşi tensiunea în criză a fost mare la unii din aceşti bolnavi. In toate aceste cazuri însă vechimea bolii a fost sub un an. Ventriculul stîng a apărut uşor mărit la doi bolnavi; celelalte cavităţi cardiace au fost normale. La doi bolnavi ventriculul stîng a fost mult mărit, mărind cordul în totalitate.

Pentru aprecierea radiologică a ventriculului stîng am folosit următoarea clasificare în funcţie de gra-

dul de mărire a ventriculului stîng. Gradul I: ventriculul stîng uşor mărit; în acest caz ventriculul stîng examinat în OAS (45^0-60^0) poate ajunge pînă la coloană, dar nu depăşeşte coloana. Gradul II: ventriculul stîng mărit. Examinat în aceleaşi condiţii ventriculul stîng depăşeşte coloana. Gradul III: ventriculul stîng mult mărit. In acest grad ventriculul stîng care este mult mărit depăşeşte coloana la fel ca în gradul II, dar cordul este mărit global.

S-au efectuat măsurători ale diametrului transvers al cordului în poziţie postero-anterioară stabilindu-se valori ale indicelui cardio-toracic în funcţie de aceste grade. Cifrele indicelui cardio-toracic sînt mai greu de calculat, de aceea nu se pot folosi în practică. In schimb aprecierea gradului măririi ventriculului stîng în poziţia OAS este foarte simplă şi se poate face foarte uşor radiografic şi radioscopic.

CRITÉRIUMS RADIOLOGIQUES D'ESTIMATION DU VENTRICULE GAUCHE DANS L'HYPERTENSION PAROXYSTIQUE

Conf.Dr.D.Rădulescu

Clinique Radiologique Cluj

On étudie dix cas de malades avec hypertension artérielle sécondaire endocrine, due à des tumeurs des glandes surrénales. A la suite du diagnostic clinique, humoral, radiologique on procède à l'intervention opératoire (surrénalectomie). L'estimation des cavités cardiaques, notamment du ventricul gauche, a été faite par des radiographies en PA, OAD,OAG, PG, effectuées à la distance de 1,8 m fo-

cus-rilm.

Les radiographies ont été exécutées lors de la respiration tranquille. Bien que la tension pendant la crise ait été élevée dans plusieurs cas, le coeur est apparu normal chez six malades. Cependant, il faut mentionner que dans tous les cas, l'ancienneté de la maladie ne dépassait pas une année. Le ventricule gauches est trouvé sérieusement augmenté dans deux cas, fait qui a entraîné une augmentation générale du coeur.

Afin d'estimer radiologiquement le ventricule gauche, la classification utilisée a été en raison du degré d'augmentation du ventricule gauche.

- I-er degré: ventricule gauche légèrement augmenté; dans ce cas-là, le ventricule gauche, examiné en OAG (45^0-60^0) peut atteindre la colonne sans la dépasser.

- II-ème degré: ventricule gauche augmenté. Examiné dans les même conditions, le ventricule a dépassé la colonne.

- III-ème degré: ventricule gauche beaucoup augmenté. Le ventricule dépasse la colonne, tel que dans le deuxième degré et il se produit une augmentation globale du coeur.

On efectue des examens du diamètre transversal du coeur en position postéro-antérieure tout en établissant des valeurs de l'indice cardio-thoracique en raison de ces degrés. Les chiffres de l'indice cardio-thoracique sont plus difficilement calculés et par suite on ne peut pas les utiliser dans la pratique. En revanche, l'estimation du degré d'augmentation, étant réalisée très bien par des radio-

graphies et des radioscopies.

CONSTATARI RADIOLOGICE IN MIOCARDITA ACUTA

Conf.Dr. D.Rădulescu

Clinica radiologică Cluj

Au fost studiate clinic, radiologic şi electrocardiografic cinci cazuri cu miocardită acută virotică. Debutul a fost brusc manifestat prin modificări generale (astenie, febră) şi apariţia insuficienţei cardiace. Examenul radiologic a constat din radiografii efectuate în ortostatism în poziţie postero-anterioară şi profil. Distanţa focar-film 1,80 m. Radiografiile au fost executate în trei aspecte ale bolnavului: respiraţie liniştită, Valsalva şi Müller.

In patru cazuri cordul a apărut mult mărit, iar într-un caz [illegible] mărit. Mărirea a fost globală, interesînd toate cavităţile cardiace. Esofagul baritat a arătat o împingere moderată sau accentuată posterioară produsă de ventriculul stîng mărit. Aspectul radiologic al cordului a fost acela a unui cord culcat pe diafragm, ca şi cum ar fi turtit sub propria sa greutate.

Urmărindu-se comportarea cordului la probele Valsalva şi Müller s-a constatat că opacitatea cardiacă se modifică foarte puţin, aproape de loc, la aceste probe.

Bazaţi pe aceste observaţii noi considerăm ca un semn de miocardită lipsa de modificare a cordului la probele Valsalva şi Müller.

Bolnavii au fost urmăriţi de asemenea în ortostatism şi decubit, făcîndu-se radiografii cu păstrarea ace-

leiaşi distanţe focus-film. Nu s-au putut trage concluzii referitoare la modificările cordului în decubit, aceasta deoarece modificarea poziţiei bolnavului modifica poziţia şi dimensiunile cordului. Câmpurile pulmonare au apărut modificate în toate cazurile; s-a constatat stază pulmonară. Modificarea plămânilor este de o mare importanţă în deosebirea acestor corduri mari din miocardite faţă de cele din pericardite.

CONSTATATIONS RADIOLOGIQUES DANS LA MYOCARDITE AIGUE

Conf. Dr. D. Rădulescu

Clinique Radiologique Cluj

On étudie cliniquement, radiologiquement et électrocardiographiquement, 5 cas de miocardite aiguë virotique. Son début fut brusque, manifestée par des modifications générale (asthénie, fièvre), l'apparition de l'insuffisance cardiaque. L'examen radiologique a été réalisée par des radiographies effectuées dans l'orthostatisme, en position postéro-antérieure et du profil, à une distance focus-film de 1,80 m. Les radiographies ont été exécutées dans trois aspects du malade: respiration tranquille, de Valsalva, de Müller.

Dans quatre cas, le coeur est apparu sérieusement augmenté, tandis que dans un cas il ne fut que modérément. L'augmentation a été globale, intéressant toutes les cavités cardiaques. L'oesophage baritié a indiqué une pression modérée ou bien marquée postérieure, due à l'augmentation du ventricule gauche. L'aspect radiologique du

coeur a été celui d'un coeur aplati sous son propre poids.

Le comportement du coeur lors des épreuves de Valsalva et de Müller a indiqué une modification très peu importante, voire-même absente de l'opacité cardiaque.

Vu ces observations, nous estimons comme signe de la miocardite, l'absence de toute modification dans du coeur lors des épreuves de Valsalva et de Müller.

Les malades ont été suivi aussi dans l'orthostatisme et décubitus par des radiographies ayant la même distance focus-film. Etant donné que la modification de position du malade modifiait également les dimensions du coeur, on n'a pas pu conclure quant aux modifications du coeur en décubitus.

Les champs pulmonaires sont apparus modifiés dans tous les cas. Il fut constatée aussi une stase pulmonaire. La modification des pumons est d'une grande importance en ce qui concerne la distinction des coeurs grandis dans les myocardites, par rapport aux péricardites.

CRITERII DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIC IN INFARCTUL PULMONAR SURVENIT IN LEZIUNILE VALVULARE

Conf.Dr.D.Rădulescu, Dr.A.Vălesnu

Clinica radiologică Cluj

S-au studiat clinic şi radiologic 30 bolnavi cu leziuni valvulare care au prezentat infarct pulmonar.

Radiologic s-au efectuat radiografii în PA, decubit şi lateral.

Localizarea infarctelor a fost următoarea: 23 ca-

zuri în lobii inferiori (77%), trei cazuri în lobul mijlociu drept (10%) şi patru cazuri în lobii superiori (13%). Infarctul a fost însoţit de pleurezie la 18 bolnavi (60%). Diagnosticul clinic şi radiologic a fost de pleurezie în 11 cazuri (37%). Semnele radiologice constatate au fost la nivelul parenchimului pulmonar, pleurei, diafragmului.

In cîmpurile pulmonare s-au observat următoarele modificări: opacitate omogenă emisferică localizată în cîmpurile pulmonare. Urmărită în diverse incidenţe opacitatea este în contact cu o suprafaţă pleurală. Opacităţile celor mai multe cazuri urmărite de noi au fost situate la baza cîmpurilor pulmonare şi în contact cu pleura laterotoracică. La un număr de 17 bolnavi s-a constatat artera hilară mai mare de partea zonei cu infarct.

La 18 bolnavi s-a constatat colecţie pleurală localizată în marea cavitate. Cantitatea de lichid a fost variabilă fără să aibă caractere speciale. La cinci bolnavi cu diagnostic de infarct stabilit clinic, colecţia pleurală a mascat zona de infarct, care a fost vizibilă numai după evacuarea colecţiei.

Din cei 23 bolnavi care au prezentat infarct în lobii inferiori, 21 (91%) au prezentat ridicarea hemidiafragmului de partea afectată şi hipomobilitate la respiraţie.

Urmărind radiografic cîmpurile pulmonare imediat după apariţia durerii toracice nu s-a constatat în nici un caz zone parenchimatoase mai clare produse de diminuarea vascularizaţiei pulmonare în teritoriul embolizat, cum s-a afirmat de unii autori.

Diagnosticul radiologic al infarctului pulmonar în leziunile valvulare se poate face relativ uşor pe radiografii toracice; în cazurile în care apare o colecţie pleurală în marea cavitate însoţită de durere toracică diagnosticul de infarct pulmonar este mai dificil şi se poate face efectuîndu-se radiografii după evacuarea colecţiei.

CRITÈRIUMS DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DANS L'INFARCTUS PULMONAIRE DES LÈSIONS VALVULAIRES

Conf.Dr.D.Rădulescu, Dr.A.Vălesnu

Clinique Radiologique Cluj

On étudie cliniquement et radiologiquement 30 malades avec des lésions valvulaires, présentant l'infarctus pulmonaire.

Radiologiquement, on a effectué des radiographies en PA, décubitus et latérales.

Le siège de l'infarctus a été le suivant: 23 cas dans les lobes inférieurs (77%), trois cas dans le lobe moyen droit (10%) et 10 cas dans les lobes supérieurs (13%). Chez 18 malades (60%), l'infarctus fut accompagné de pleurésie. Le diagnostic clinique et radiologique de la ci-dernière a été posé dans 11 cas (37%). Les signes radiologiques sont décelés au niveau du parenchime pulmonaire, de la plèvre et du diaphragme.

Dans les champs pulmonaires on a remarqué les suivantes modifications: opacité homogène hémisphérique, localisée dans les champs pulmonaires. Suivie en diverses

incidences, l'opacité se trouve en contact avec une surface pleurale. Les opacités de la plupart des cas étudiés se sont situées à la base des champs pulmonaires, ainsi qu'en contact avec la plèvre latéro-thoracique. L'artère hilaire, grandie vers la zone de l'infarctus est constatée dans 17 cas.

Chez 18 malades, il fut constatée une collection pleurale, localisée dans la grande cavité. La quantité de liquide a été variable, sans présenter des caractères spéciaux. Dans 5 cas, lorsque le diagnostic d'infarctus a été établi cliniquement, la collection pleurale avait camouflé la zone d'infarctus, celle-ci devenant visible seulement à la suite de l'évacuation de la collection.

Sur 23 malades avec infarctus dans les lobes inférieurs, 21 (91%) ont présenté l'élévation de l'hémidiaphragme dans la partie affectée ainsi que de l'hypomobilité pendant la respiration.

L'étude radiographique des champs pulmonaires, faite immédiatement après l'apparition de la douleur thoracique n'a pas relevé de zones parenchimateuses plus nettes, dues à la diminution de la vascularisation pulmonaire dans le téritoire embolisé, tel que l'on signale dans la littérature.

Le diagnostic radiologique d'infarctus pulmonaires dans les lésions valvulaires peut être assez facilement posé par des radiographies thoraciques. Dans les cas où il est apparue une collection pleurale dans la grande cavité, accompagnée d'une douleur thoracique, le diagnostic

d'infarctus pulmonaires a été plus difficile. Cependant, il peut être posé, en faisant des radiographies après l'évacuation de la collection.

INVESTIGATIILE RADIOLOGICE IN URGENTELE VASCULARE ALE EXTREMITATILOR

Dr. C.Sarmeşiu, Dr.Gh.Biroaşiu, Dr.Laris Logoşan
Timişoara

Autorii discută valoarea explorărilor radiologice în afecţiunile vasculare acute ale membrelor. Se prezintă radiografia părţilor moi, arteriografia şi flebografia (anterogradă şi transosoasă) în precizarea diagnosticului, prognosticului şi a conduitei terapeutice în "urgenţele" vasculare: traumatismele arteriale şi embolii, trombozele arteriale şi venoase (postoperatorii şi de efort ale membrelor superioare, cît şi ale flebotrombozelor extensive, grave, de indicaţie chirurgicală, ale membrelor inferioare). Nu utilizăm flebografia în flebitele posttraumatice şi nici în cele superficiale sau "prin efort" ale membrelor inferioare.

Faptele sînt ilustrate, printr-o iconografie proprie, corespunzătoare şi convingătoare.

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN ABDOMENUL CHIRURGICAL ACUT

Prof.Doc.Dr.C.Lazăr, Dr.C.Dolinescu, Dr.M.Chifan, Dr.V.Strat, Dr.Al.Boingeanu, Dr.E.Tircovcanu
Clinica I chirurgicală Iaşi

Din experienţa autorilor ce însumează 503 observa-

ţii de abdomen acut internate în Clinica I-a chirurgicală din Iaşi între anii 1962 şi 1971, rezultă că examenul radiologic simplu sau cu substanţă de contrast (tranzit baritat, irigoscopie, înregistrarea axului spleno-portal prin splenoportografie, indexul opac) ocupă primul loc în cadrul investigaţiilor paraclinice ce se practică la aceşti bolnavi. El orientează şi completează examenul clinic, care rămîne totuşi esenţial în stabilirea diagnosticului şi conduitei.

Aportul său este maxim în peritonitele prin perforaţie digestivă (de cauză ulceroasă, neoplazică şi traumatică), autorizînd gestul chirurgical de urgenţă, ca şi în hemoragiile digestive superioare, grave, fără antecedente sau antecedente digestive nesistematizate, fixînd de regulă cauza şi sediul sîngerării.

Rolul său în ocluzii este mai redus, fiind subordonat sindromului clinic.

In peritonitele prin perforaţie în număr de 179, din care majoritatea (165) ulceroase, examenul radiologic simplu folosit de regulă a fost concordant cu datele clinice în peste 70% din cazuri, indicînd prezenţa pneumoperitoneului subfrenic drept şi mai rar bilateral; în 8 cazuri cu perforaţii ulceroase acoperite, examenul radiologic a înregistrat perforaţia după un interval liber ce a variat între 24 ore pînă la 10 zile.

In cele 182 ocluzii acute, s-a folosit examenul radiologic simplu, care a indicat tipul ocluziei (mecanică, dinamică), sediul obstacolului şi adesea natura acesteia.

In 8 observaţii deşi examenul radiologic indica

" ocluzie mecanică, intervenţia a înregistrat o ocluzie dinamică, subliniind şi pe cazurile autorilor valoarea orientativă a radiologiei în ocluzia intestinală.

Pentru cazurile de volvulus de sigmoid (18 observaţii) s-au folosit în aspectele clinice necaracteristice (4) clisme baritate, care indicînd stopul, au rezolvat de 2 ori şi torsiunea, metoda fiind de excepţie pentru autori.

In formele de volvulus dublu (jejuno-ileal şi sigmoidian) - 6 cazuri -, examenul radiologic simplu n-a fost concludent datorită examinării rapide şi superficiale impuse de starea gravă de şoc, ce n-a putut fi redresată cu toată reanimarea.

O menţiune specială se face pentru 4 observaţii de ruptură diafragmatică cu hernie strangulată, la care examenul radiologic a precizat diagnosticul impunînd intervenţia.

In hemoragiile digestive superioare s-a folosit examenul baritat, rar în urgenţe (10 cazuri) el fiind practicat de regulă după obţinerea hemostazei medicale prin reanimare (între a 7-a şi a 10-a zi de la începutul hemoragiei).

Atît în plină hemoragie, cît şi după încetarea acesteia, examenul radiologic baritat a fost concludent în peste 80% din cazuri, cu excepţia asocierii ciroză-ulcer (2 cazuri) în care s-a folosit seriat splenoportografia şi tranzitul eso-gastro-duodenal.

Pe cele 17 observaţii de pancreatită acută, radiologia abdominală a orientat diagnosticul spre procesul de necroză pancreatic, fără a identifica litiaza biliară sau pancreatică declanşatoare a reacţiei enzimatice; ea a evi-

dențiat modificarea cadrului duodenal în procese cefalice, existența unei opacifieri transversale subhepatice și prezența unei staze intestinale și colice cu distensie.

La aspectul clinic pseudoocluziv și pseudoperitonitic înregistrat în cele 7 observații de infarct intestino mezenteric, examenul radiologic n-a adus date concludente. Starea cardio-vasculară, preexistentă, asociată cu gravitatea și evoluția rapid mortală a acestor observații a impus actul chirurgical de urgență, cu diagnosticul de prezumție, urmat în toate cazurile de deces.

Se conchide că examenul radiologic indică și orientează diagnosticul de abdomen chirurgical acut, în raport cu marile grupe etiologice ale acestuia, suverană rămînînd însă aprecierea clinică.

LA VALEUR DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS L'ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL

Prof.Dr.Doc.C.Lazăr, Dr.C.Dolinescu, Dr.M.Chifan, Dr.V.Strat, Dr.Al.Boingeanu, Dr.E.Tîrcoveanu

I-ère Clinique Chirurgicale de Jassy

De l'expérience des auteurs qui totalise 503 observations de l'abdomen chirurgical aigu hospitalisé dans la I-ère Clinique chirurgicale de Jassy pendant 1962-1971, auxquels on a pratiqué l'examen radiologique simple ou avec contraste (transit baryté, irrigoscopie, l'enregistrement de l'axe spléno-portal, l'index opaque etc), résulte que cet examen occupe la première place entre les investigations paracliniques qu'on pratique dans ces cas. Il guide

et complète l'examen clinique que reste toujours essentiel pour le diagnostic et la conduite.

Son contribution est très grande dans les péritonites par perforation digestive (ulcéreuse, néoplasique ou traumatique) autorisant l'intervention d'urgence, de même que dans les hemorragies digestives supérieures graves sans antécédentes ou avec des antécédents néoystématisés, où il précise l'étiologie et le siège du saignement digestif.

Sa valeur pour les états occlusifs reste moindre que dans les affections précédentes, l'examen clinique étant souverain.

Dans les péritonites par perforation digestives, totalisant 179 observations, la grande majorité d'étiologie ulcéreuse, la radiologie simple a été concordante avec les données cliniques dans un pourcentage de 70 par la présence au pneumopéritoine, uni ou bilatéral; dans 8 cas avec la perforation ulcéreuse couverte, l'examen radio a enregistré cette perforation après un délai qui a varié entre 24 heures jusqu'au dix jours.

Dans les 182 cas avec occlusion aiguë l'examen radio sans contraste a indiqué le type d'occlusion (mécanique ou dynamique), le siège de l'obstacle, et même la nature de celui-ci. Seulement en 8 cas, les signes radiologiques d'ileus mécanique, étaient faux l'intervention dépistant un iléus dynamique, en soulignant encore une fois la valeur orientative de cet examen, dans l'occlusion intestinale.

Pour les 18 cas de volvulus de sigma, on a utilisé dans les aspects cliniques ambigus,(4 Cas) l'irrigoscopie, qui en précisant le stop digestif a resolu en deux cas,

même la torsion, méthode d'exception pour les auteurs.

Dans les 6 cas avec volvulus double (jéjuno-iléal et sigmoidien) l'examen radio sans contraste n'a pas fourni des enseignements concluants parcequ'il a été pratiqué superficielement et rapidement, en rapport avec l'état grave de choc d'une manière modifiée insignifiante par la réanimation.

Une mention spéciale, pour 4 observations de rupture traumatique du diaphragme avec hénie étranglée, cas où l'examen radiologique a précisé le diagnostic et a dirigé la conduite.

Dans les hémorragies digestives supérieures massives, le transit barryté utilisé plus rarement d'urgence (seulement 10 cas) a été pratiqué d'habitude après l'hémostase médicale obtenu par la réanimation.

Utilisé en pleine hémorragie ou après la hémostase l'examen radio a fourni les renseignements précieux dans un pourcentage de 80, en exceptant l'association cirrhose-ulcère (2 cas) où on a pratiqué successivement la splénoportographie et le transit oeso-gastro-duodenal.

Dans les 17 observations de pancréatite aigué, la radiologie abdominale a orienté le diagnostic sur le procès de nécrose glandulaire, sans identifier la lithiase biliaire ou pancréatique facteurs étiologiques importants de la réaction enzimatique brutale. L'examen radio simple, a indiqué l'élargissement du cadre duodénal, dans les localisations céphaliques l'existence d'une opacité transversale sous-hépatique et la présence d'une stase intestinale et colique avec distension.

A l'aspect clinique pseudo-occlusif et pseudo-péritonitique enregistré dans les 7 observations avec infarctus intestino-mésentherique, l'examen radio n'apporte pas des éléments concluants. L'état cardio-vasculaire, les signes d'athero-sclérose préexistante associée à l'évolution grave de ces cas, ont déterminé l'intervention d'urgence, avec le diagnostic presomptif suivi dans tous les cas par le decès.

Il s'ensuit que l'examen radio. indique et guide le diagnostic de l'abdomen chirurgical aigu par rapport avec les grands groupes étiologiques, mais la méthode souveraine reste toujours, malgré les multiples explorations, l'examen clinique.

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES SIGNES RADIOLOGIQUES DU LIQUIDE LIBRE DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE

Dr.St.Kraytchev, Prof.G.Hadjidecov, Dr.L.Kanolov

Institut républicain scientifique et pratique de médicine d'urgence "N.I.Pirogov" Sofia

Le dépistage du liquide libre dans la cavité abdominale est un apport essentiel pour l'etablissement de la diagnose des maladies abdominales aiguës. Il revêt une grande importance chez les lésions traumatiques nonpénetrantes de l'abdomen car il témoine avec une grande certitude une rupture d'un organ abdominal parenchimateux avec une hémorragie consécutive dans la cavité abdominale.

On a décrit quelques symptomes, qui parlent en faveur de l'apparition de liquide libre dans la cavité abdominale, mais il manque dans la littérature des renseignements en ce qui concerne la valeur diagnostique de chacun

'eux. Nous avons observé 56 malades avec des lésion abdomi-ales aiguës. Chez 26 cas la quantité du liquide était éta-lie par l'opération ou par l'autopsie. 22 fois le liquide tait trouvé par l'opération, la clinique ou par la radio-raphie sans précision de sa quantité. Chez les 8 malades il 'y avait pas de liquide et ces cas étaient comme un groupe e contrôle dans les discutions.

On a démontré la fréquence de chaque symptomes u liquide libre dans la cavité abdominale. Le plus souvant n a observé des opacifications entre les anses intestinaux oisins et pas très souvent une opacification dans le bas-in causée par le liquide. Le autres signes radiologiques taient observés rarement.

On fait une analyse courte de la signification iagnostique differentielle des signes radiologiques du li-uide libre dans la cavité abdominale.

ASUPRA 1.140 CAZURI DE ABDOMEN ACUT, EXAMINATE RADIOLOGIC SI TRATATE CHIRURGICAL

Dr.Gr.Stanciu, Prof.Dr.I.Pop D.Popa
Clinica chirurgicală a II-a şi chirurgie cardio-vasculară Tîrgu Mureş

Cazurile noastre care se încadrează în perioada 1 ianuarie 1970-30 iunie 1972, le-am sortat în felul următor:apendicite acute 801 (perforate 159, la gravide 4,rest-ul catarale şi flegmonoase); hernii strangulate 101; ul-cere perforate 80 (gastrice 18, duodenale 54, peptice 1, de intestin subţire 6); tumori benigne perforate 1 (leio-miom al primei anse jejunale); tumori maligne perforate 5

(gastrice 1, de colon 3,carcinoid apendicular 1); diverticulită Meckel 2; corpi străini metalici ingeraţi şi opriţi în stomac 1; fitobezoar la gastrectomizat 1; abces subhepatic 2; abces epiploic 1; infarct intestinal mezenteric 7; ocluzii intestinale 55 (ileus biliar 1, prin bride 28, prin volvul 3 12, invaginaţie ileo-cecală 1, prin hernie 5, prin tumori de colon 7); colecistopatii acute 10 (hidrops 3, perforaţii necalculoase 4, gangrenoase şi calculoase 3; pancreatite acute 10; hemoragie digestivă superioară prin hipertensiune portală 6; afecţiuni ale sferei genitale feminine, cu manifestări de abdomen acut 13.

Abdomen acut produs de afecţiuni asociate 8 (colecistită acută şi ocluzia intestinală 1, hernie strangulată şi salpingită flegmonoasă 1, diverticulită de cec şi apendicită acută 1, sarcină extrauterină ruptă şi apendicită acută 1, colecistică calculoasă şi pancreatită acută 2, apendicită flegmonoasă şi salpingită flegmonoasă 1).

Abdomen acut posttraumatic 12 cazuri şi postoperator 1 (calcul de coledoc migrant după litiază de colecist, operată).

In 81% din cazuri, prin examinările radiologice,a fost confirmat diagnosticul clinic de abdomen acut.

SUR 1.140 CAS D'ABDOMEN AIGU EXAMINÉS RADIOLOGIQUE MENT ET TRAITÉS CHIRURGICAL

Dr.Gr.Stanciu, Prof.Dr I.Pop D.Popa

Clinique Chirurgicale II et Cardiovasculaire

Tîrgu Mureş

Les cas explorés pendant le 1.I 1970-30.VI.1972, on

peut les codifier ainsi: appendicite aiguë 801 (159 perforées, 2 grossesses, en rest catarales et phlegmoneus); hernies étranglées 101; ulcères perforés 80 (18 gastrique, 54 duodénales , 1 peptique, 7 d'intestin grêle); corps étrangers metaliques ingérés 1; phytobézoare chez un gastrectomisé 1; néoplasmes perforées 6 (1 gastrique, 4 colique, 1 carcinoid appendiculaire, 1 leiomiom jéjunale); divertículite de Meckel 2; infarct mésentérique ischémiant 7; occlusiones intestinales 55; urgences de la vésicule biliaire 10 (4 perforées, 6 avec lithiase); pancréatite aiguë 10; abcès sous hépatique et sous phrenique 2; abcès epiploique 1; hémorragies digestifs supérieures par hypertension portale 6; urgences d'appareil genital feminine 18; abdomen aigu avec maladies associées 8 (occlusion intestinal et lithiase de la vésicule biliaire 1; hérnie étranglée et salpingite aiguë avec gangrène 1; divertículite du caecum et appendicite aiguë 1; grossesse extrautérine et appendicite aiguë 1; pancréatite aiguë et lithiase de la vésicule biliaire 1; appendicite aiguë et salpingite aiguë 1); abdomen aigu après traumatismes 12; calcul du cholédoque, migrateur, après cholécystectomie pour lithiase 1.

L'examen radiologique a confirmé en 81% de cas, le diagnostic clinique d'abdomen aigu.

EFICIENTA UNOR INCIDENTE SI METODE SPECIALE IN EXAMENUL RADIOLOGIC AL ABDOMENULUI ACUT

* Dr. Viorel Petrişor, Dr.Ştefan Ardevan, Dr. Coriolan Grecescu, Dr.Maria Schuster,Dr. Gheorghe Ciobanu

Spitalul unificat de adulţi Arad - Serviciul de radiologie

In examenul radiologic al abdomenului acut,pe lîngă metodele uzuale de examinare ca: radioscopia, radiografia de faţă în ortostatism cu rază orizontală şi radiografia de faţă în decubit dorsal cu rază verticală, autorii utilizează în mod curent radiografia de profil cu rază orizontală şi radiografia în decubit lateral drept şi stîng cu rază orizontală. Pentru a efectua aceste radiografii s-a utilizat o grilă fixă intercalată între casetă şi peretele abdominal. Metoda poate fi pusă în aplicare în orice serviciu de radiologie.

Utilizînd în mod curent aceste două tipuri de incidenţe s-au obţinut rezultate foarte bune, completîndu-se tabloul radiologic şi îmbogăţindu-se datele necesare pentru punerea unui diagnostic radiologic. Astfel în cazul unui ulcer perforat cu un strat foarte fin de aer liber sub diafragmul stîng cu ajutorul acestor incidenţe se poate pune cu mai multă uşurinţă prezenţa aerului liber. In ileusul mecanic se pune bine în evidenţă prezenţa nivelelor hidroaerice, precum şi a modificărilor pereţilor intestinali.

In cazurile unor hemoragii digestive superioare cu

evoluţie gravă care necesită examen radiologic, autorii recurg deseori la un examen farmacodinamic. In acest scop administrează o pastilă de clordelazin şi după un decubit lateral drept de o oră i se mai administrează şi o fiolă de scobutil comp. intravenos sau intramuscular. Se execută examenul radiologic baritat în ortostatism, în clinostatism, executînd radiografii ţintite şi radiografii de ansamblu. Se obţine o bună imagine radiologică a regiunii antro-piloro-duodenală, evidenţiindu-se modificările patologice ca: ulcerul piloric, ulcerul duodenal, ulcerul postbulbar, diverticuli duodenali etc. Se obţine prin această metodă o adevărată duodenografie hipotonă.

L'EFFICIENCE DE QUELQUES INCIDENCES ET MÉTHODES SPÉCIALES DANS L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DE L'ABDOMEN AIGU

Dr.Viorel Petrişor, Dr.Ştefan Ardevan, Dr.Coriolan Greceanu, Dr. Maria Schuster, Dr.Gheorghe Ciobanu

L'hôpital départamental pour adultes - Arad

Service de radiologie

Dans l'examen radiologique de l'abdomen aigu, à côté des méthodes courantes d'investigation: radioscopie, radiographie de face en orthostatisme au rayon horisontal et radiographie de face en décubit dorsal au rayon vertical, les auteurs utilisent couramment la radiographie en profil au rayon horisontal et la radiographie en décubit latéral droit et gauche au rayon horisontal. Pour effectuer ces radiographies on a utilisé une grille fixe intercalée entre

la cassette et le paroi abdominal. La méthode peut être mise en pratique dans n'importe quel service de radiologie.

En utilisant couramment ces deux incidences on a obtenu de très bons résultats et le tableau radiologique est devenu plus complet. De plus les données necessaires pour établir le diagnostic radiologique se sont enrichi. Ainsi, grâce à ces deux incidences on peut mettre aisément en évidence la présence d'air libre en cas d'ulcère perforé avec une couche très fine d'air libre sous le diaphragme gauche. De même dans l'occlusion mécanique on met très bien en évidence la présence des niveaux hydroériques ainsi que les modifications des parois intestinals.

En cas d'hémorragie digestive supérieure à évolution grave qui exige l'examen radiologique, les auteurs recourent souvent à l'examen farmaco-dynamique en administrant un cachet de Clordelasin et après une heure de repos en décubit latéral droit, une fiole de Scobutil Comp. en piqure intraveineuse ou intramusculaire. On passe alors à l'examen radiologique barité en orto et clinostatisme en exécutant des radiographies selectées et des radiographies d'ensemble. On obtient une bonne image radiologique de la région antro-pyloro-duodénale. Les modifications pathologiques sont très bien mises en évidence: l'ulcère pylorique, l'ulcère du duodénum, l'ulcère post-bulbaire, les diverticul-duodénals etc.

Par cette méthode on obtient une véritable image de duodénographie hipotone.

EXAMENUL RADIOLOGIC IN ABDOMENUL ACUT.CONFRUNTARI RADIO-CHIRURGICALE SI APORT IN DIAGNOSTIC SI TERAPIE

Dr. Mihai Vidican

Spitalul unificat Baius

In activitatea practică, într-un spital teritorial cu 500 paturi şi 7 secţii clinice sînt trimişi pentru examen radiologic, anual, un număr de bolnavi cu abdomen acut.Există şi o grupă de bolnavi internaţi în diferite secţii cu alte diagnostice, la care examenul radiologic decelează semne de abdomen acut (chirurgical).

Contraindicaţiile examenului radiologic s-au restrîns mult în ultimul timp şi se reduc la stările grave de şoc.

Examenul radiologic constă dintr-o radioscopie toraco-abdominală completată cu radiografii. Examenul se efectuează pe gol, per os şi per clismă, cu şi fără substanţă de contrast, în ortostatism, decubit, înclinat sau în poziţie răsturnată, în funcţie de diagnosticul clinic, starea bolnavului şi scopul urmărit. In cele mai multe cazuri, bolnavii sînt examinaţi fără nici o pregătire şi este suficient contrastul natural, dat de aerul şi lichidul abdominal ca în: perforaţii, abcese abdominale, ocluzii intestinale, atrezii anale. In hipertrofiile de pilor, stenoze duodenale congenitale, atrezii ale colonului sau invaginaţii intestinale utilizînd substanţe de contrast per os sau per clismă, după caz. Ortostatismul este poziţia cea mai fidelă în perforaţii, abcese abdominale şi ocluzii intestinale.

Poziţia răsturnată este utilă în atrezii anale, iar decubitul, cînd se indică şi o clismă baritată. Poziţia răsturnată oferă date preţioase în atrezia anală.

Cazurile de abdomen acut survin la ambele sexe, la toate vîrstele, iar cauzele sînt congenitale şi cîştigate. Dintre cauzele congenitale întîlnite de noi amintim: hipertrofia de pilor, atrezii duodenale, atrezii de colon şi anale, iar din cauzele cîştigate survenite în practică enumerăm: perforaţia şi hemoragia digestivă, ocluzia intestinală, abcesele abdominale, invaginaţia intestinală, infarctul mezenteric şi corpi străini intra-abdominali.

Semnele radiologice în cele mai multe cazuri sînt caracteristice pentru o anumită afecţiune ca: pneumoperitoneu în perforaţii, imagini hidroaerice cu nivel orizontal multiple în ocluzii intestinale şi unice în abcese abdominale, stop al coloanei de bariu în atrezii şi invaginaţii, îngustări de calibru, torsionări sau dislocări de organe. In multe cazuri examenul radiologic este destul de concludent şi determină intervenţia chirurgicală de urgenţă. Alte cazuri stîrnesc interes numai după examenul radiologic, iar uneori diagnosticul radiologic întîmpină dificultăţi date de o eventraţie diafragmatică cu volvulus gastric, interpoziţie de colon, dilataţie acută de stomac, cînd ţinînd seamă de vîrstă, antecedente, debut, simptome clinice, datele de laborator şi utilizînd mai multe metode, tot radiologia rezolvă diagnosticul.

Hemoragia digestivă este un simptom, iar diagnosticul de leziune, de localizare, de natură şi întindere este dat de aspectul radiologic, într-un mare număr de ca-

zuri.

In concluzie, în abdomenul acut, examenul radiologic este hotărîtor şi este de neconceput o intervenţie chirurgicală numai pe baza tabloului clinic. Uneori substanţa de contrast este inutilă şi chiar dăunătoare, iar poziţia şi tehnica examenului este dictată de clinică. Un rol deosebit îl are radiologia în cazuri de abdomen acut, silenţioase clinic, internate în spital cu alte diagnostice sau trimise la examen radiologic pentru alte afecţiuni.

APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN URGENŢELE ABDOMINALE DE CAUZĂ RARĂ

Dr.Grigore I.Hubert, Clinica radiologică
Dr. Gabriela Coreeanu, Spitalul de adulţi nr.1
Timişoara

Trecerea în revistă a unor cauze rare care pot declanşa tabloul clinic de abdomen acut este un îndreptar util pentru toţi cei care sînt solicitaţi să rezolve asemenea cazuri, cu atît mai mult cu cît adeseori primul examen radiologic făcut în condiţii de urgenţă nu elucidează imediat diagnosticul. Existenţa unor axiome bine cunoscute poate induce uneori în eroare sau în cel mai bun caz să întîrzie găsirea leziunii. Pentru aceste motive am considerat utilă prezentarea unor cazuri din experienţa noastră cu intenţia de a contribui la ameliorarea posibilităţilor radiodiagnosticului în această direcţie.

Este discutat în această lumină aportul examenului radiologic în diagnosticul hemoragiei digestive prin varice gastrice consecutive unei stenoze diafragmatice cu trom-

hoză de arteră splenică, stenoze piloro-duodenală prin chist hepatic perforat în stomac şi prin pancreas inelar, ocluzia intestinală prin rinichi ectopic, prin invaginare ileo-cecală la adult, prin tumoră inflamatorie sigmoidiană consecutivă unei diverticuloze perforate, hemoragie digestivă fatală după gastrectomie pentru neoplasm gastric prin ulcer postbulbar.

Concluziile care se impun în urma acestor cazuri arată că în faţa unui abdomen acut trebuie să avem în minte tot asuna şi cauzele mai rare care pot duce la această stare şi că atunci cînd examinarea standard nu aduce clarificarea diagnosticului se impune continuarea investigaţiilor cu toate tehnicile necesare dintre care amintim ca deosebit de importante examenul cu substanţe de contrast hidrosolubile de tip Gastrografin şi angiografia abdominală, contribuind astfel la posibilitatea unei terapeutici eficiente.

CONSIDERATII PRIVIND DIAGNOSTICUL RADIO-CLINIC IN INFARCTUL INTESTINAL

Dr. Ioan Jocu
Clinica de radiologie I.M.F. Spitalul "Dr. I.Cantacuzino"

Suferinţă acută survenind brusc in urma obliterării vaselor mezenterice, infarctul intestinal se caracterizează prin apariţia unei dureri atroce, însoţită de greţuri, vărsături, uneori diaree sanguinolentă, distensie şi apărare abdominală, semne de şoc şi hemoragie digestivă.

Aspectul clinic dramatic, evoluţie gravă, impune o rapidă orientare a diagnosticului care însă întîmpină di-

ficultate în raport cu lipsa unor elemente clinice caracteristice.

Explorarea radiologică poate furniza, în aceeaşi situaţii, informaţii utile pentru elaborarea diagnosticului. Semnele radiologice care sugerează existenţa unui infarct intestinal sînt reprezentate de distensia simultană a intestinului subţire şi a colonului, aerojejunie, aerocolie, aerocolie, aerocol

rile clinice şi radiologice, constatările morfopatologice.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIQUE RADIO-CLINIQUE DE L'INFARCTUS DE L'INTESTIN

Dr. Ioan Jocu

Clinique radiologique L'hôpital

"Dr. I. Cantacuzino" Bucarest

L'auteur expose les aspects cliniques et radiologiques de l'infarctus de l'intestin, utilisant une casuistique étudiée radio-clinique et verifiée anatomo-pathologique.

LES PERFORATIONS GASTRO-DUODENALES EXAMINÉES ET DÉMONTRÉES AVEC L'AIDE DE GASTROGRAFIN

Dr. L. Bertha (Budapest)

La solution Gastrografin est utilisable avec succès dans le diagnostic des perforations gastro-duodenales. Ayant employé la méthode de Frimann-Dahl, chez 6 malades nous avond trouvé des perforations lesquelles n'étaient pas visibles sur les clichés faits habituellement. Dans ces cas nous avons vu la sortie de Gastrografin de l'estomac et du duodenum par une route extraordinaire. La contrast-solution a été devenue visible parmi les intestines, dans la région ileococcale. Nous avons pu dire aussi la cause et le lieu de la perforation.

Nous savons recommender l'emploi de Gastrografin

quand:

1) il n'y a pas d'air sous les couples diaphragmatiques, ou l'on ne peux pas estimer le pneumoperitoneum, et

2) l'image clinique est incertain, problématique,

3) l'opération même, et la méthode de l'opération dépends de résultat de cette examination; ou les risques sont grands.

CONDUITA NOASTRA RADIOLOGICA FATA DE 402 CAZURI DE ULCER GASTRODUODENAL PERFORAT

Dr. Iacob Meilă, Dr. Alexandru Andriţoiu

Spitalul Reşiţa

Incă cu 24 de ani în urmă în spitalul nostru în cazurile de ulcer duodenal perforat, diagnosticat clinic, s-a utilizat pentru confirmarea diagnosticului şi examenul radiologic de urgenţă.

Acest examen s-a executat cu instalaţii clasice de radiodiagnostic, fără improvizaţii, constînd din radioscopie "pe gol" în ortostatism a regiunii toraco-abdominale, pentru orientare, fără nicio manevră şi fără nicio substanţă de contrast, cu o rapiditate dirijată, urmată aproape concomitent de o radiografie standard.

Acest examen radiologic s-a executat în momentul internării în spital al bolnavului, iar la ulcerele perforate, în spital s-a executat în momentul precizării clinice a acestei perforaţii, pentru a nu se pierde "timpul util".

Această conduită a fost posibilă deoarece 384 bol-

navi (95,5%) au fost aduşi la spital în primele 12 ore de la perforaţie, deci cu un :"mare sindrom dureros abdominal", în " şoc compensat", "în faza de peritonită clinică".

Din 3 653 de cazuri etichetate clinic de "abdomen acut" 402 cazuri au fost ulcer gastro-duodenal perforat (11%).

Din cele 402 cazuri de ulcer gastro-duodenal la 93% - deci 374 cazuri - li s-a executat examenul radiologic de urgenţă.

Din 374 cazuri examinate, la 359 bolnavi, deci 96% am observat semne radiologice de pneumoperitoneu subdiafragmatic uni- sau bilateral.

Bula de aer a stomacului a fost studiată cu multă rezervă, ca şi mişcările respiratorii ale diafragmelor.

Considerăm examenul radiologic al bolnavilor de ulcer gastro-duodenal perforat ca necesar pentru diagnostic, fiind fără nocivitate.

DAS ULCUSCARCINOM, EIN TYP DES FRÜH-CARCINOMS DES MAGENS

Dr. B. Zsadon

Nach den grossen umfassenden weltstatistischen Daten stammen aus den chronischen Ulcera, in erster Linie aus den chronischen Magengeschwüren Krebse in 5-6%-iger Zahl aus. Diese Zahl ist bedeutend hoch nach der grossen Anzahl der Ulcus-population überall in Europa. Dieser Carcinoma-typ ist nach pathologischen und klinischen Beziehungen s.g. Frühcarcinom zu schätzen. In Anfangs-stadien desselben sind - entgegen den exulcerativen Magencarcino-

men - die hystologischen Kennzeichen des Ulcus ganz deutlich aufzukennen!

Die Diagnose des Ulcus-carcinoms ist - in Anfangs-stadion - eine hystologische Diagnose. Die Aufgabe des Radiologen ist - in dieser Phase - die Verdachtszeichen auf die Malignität festzustellen und diese festgestellten Zeichen richtig zu beurteilen.

Zwischen den radiologischen Untersuchungsmethoden sind die Rollen der sogenannten klassischen Methoden zu betonen, die die leitenden Rollen spielen sollen; die s.g.-ten modernen Methoden gar wichtig, sind aber doch von ausgänzender Bedeutung.

Daneben ist die Aufgabe des Radiologen auch eine hochgradige gastroenterologische Team zu organisieren, in der - Fachleute der Klinik, Pathologie, Labor., Endoscopie, der Kreisartz, evtl. der Psychologe Platz nehmen sollen.

Im Falle des Ulcus-carcinoms ist die Magenkrebsvorsorge ideal gelöst zu betrachten, - an Hand von der organisierten Ulcus-krankheits-fürsorge. Die Kontroll-untersuchung - in erster Linie - der älteren Ulcus-kranken soll gleichzeitig eine Reihenuntersuchung der Magenkrebs-fürsorge beteuten.

Der Verdacht auf den Auftritt des Ulcus-ca bedeutet sogleich eine Indication der dringenden Operation.

LES FORMES RADIOLOGIQUES DES TUMEURS DU COLON

Dr. Bosko Jovanović

I-ère Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médicine Belgrade

L'auteur a donné une analyse d'une durée de huit ans de son travail sur ce problème à la I-ère Clinique Chirurgicale de Belgrade. On a presenté des donnés statistiques sur des cas des tumeurs malignes diagnostiquées et traitées dans la même Clinique.

On a donné une manifestation radiologique des localisations et des espèces des tumeurs malignes du colon les plus frequentes, aussi bien que les formes et les espèces plus rares.

On a presenté les radiographies des cas et des groupes intéressants.

Il s'agit des radiographies chez les tumeurs occlusives et avec invagination du colon. Ensuite, certaines formes des carcinomes du colon fistulisantes. Aussi quelques tumeurs inflammatoires du colon et d'autres espèces plus rares des tumeurs du colon.

Enfin, on présente brièvement un problematique du diagnostic de tous les groupes et formes des tumeurs du colon.

CERCETARE RADIOGRAFICA IN DIAGNOSTICUL DIFERITELOR FORME DE NEPERMEABILITATE A TUBULUI DIGESTIV

Dr.C.Ianev, Prof. Dr. H Nedkova-Bratanova (Sofia)

"РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БОЛЬНЫХ С [illegible] НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ"

С.Янева и Н.Недкова-Братанова

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ - Пловдив, Болгария

Окружная Больница

Главний доктор : - д-р К.СТАНЕВ

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ - София, Болгария

Центр по Гигиене

Институт по Питанию

Директор : Проф.Т.ТАНЕВ- член корреспондент [illegible]

Авторы исследовали рентгенологично и клинично 14 больных с доказанным ензимним дефицитом. У больных с лактазним дефицитом они сделали двукратное рентгенокинематографичное исследование - первое с обыкновенным барием сульфатом, а второе с прибавкой провокирующей еды - 100 мл свежего молока или 30 г лактозы. При контрольном рентгенокинематографичным исследовании, авторы наблюдали у некоторых больных тяжелые клинические проявления, как например: сильные боли в животе с образованием гидроаэричных теней, как при острой кишечной непроходимости.

CONTRIBUTARI RADIO-ANATOMO-CLINICE IN OBSTRUCTIA INTESTINALA

Dr.G.Birosgiu, Dr.C.Sarmesiu, Dr.Maria Mogosan

Serviciul clinic de radiologie al Spitalului C.F.R. Timisoara

Obstructia intestinală, indiferent de cauze sau me-

canisme are adesea un caracter dramatic care poate duce la exitus. Există tendința, și noi subscriem la ea, de a considera obstrucția intestinală ca o entitate nosologică. Manifestările ei clinice sînt derutante uneori. In complexul simptomatic al obstrucției intestinale examenul radiologic oferă întotdeauna un ajutor prețios clinicianului.

In lucrarea noastră vom prezenta diverse aspecte de obstrucții intestinale. Vom insista asupra valorii și utilității investigațiilor radiologice, precum și asupra limitelor acestui examen. Am observat adeseori discordanțe între clinică și radiologie, care au fost lămurite de chirurg sau histopatolog. Am efectuat în funcție de starea de urgență a bolnavului examene simple sau cu substanțe de contrast. Am utilizat și modificatorii de comportament.

Am practicat și investigații angiografice care în unele cazuri ne-au permis să alucidăm diagnosticul, iar în alte cazuri să infirmăm caracterul de urgență abdominală.

RADIODIAGNOSTICUL IN INVAGINATIA INTESTINALA A ADULTULUI

Dr. Ioan Dimitrescu, Dr. Tiberiu Fekete

Clinica medicală II Cluj

Se apreciază în mod unanim că investigației radiologice îi revine un rol capital pentru clarificarea naturii sindromului ocluziv intermitent, care caracterizează invaginația intestinală. Cu toate acestea, la majoritatea cazurilor cunoscute în literatură, diagnosticul a fost stabilit intraoperator sau necroptic și numai excep-

ţional prin examenul radiologic, întrucît la aceasta se recurs în mod sporadic.

Subliniind raritatea relativă a invaginaţiei intestinale la adult, autorii prezintă 7 cazuri diagnosticate preoperator. Ei insistă asupra posibilităţii de a recunoaşte acest accident prin manifestările sale clinice (tumoră variabilă, subocluzie, scaune sanguinolente), precum şi asupra importanţei explorării radiologice - în special irigoscopia -, care în astfel de circumstanţe evidenţiază imagini caracteristice şi patognomonice.

Rezultă aşadar valoarea deosebită a examenului clinic şi mai ales a celui radiologic pentru precizarea precoce a diagnosticului în urgenţele reprezentate de invaginaţiile intestinale ale adultului şi contribuie substanţială la ameliorarea prognosticului acestor accidente nefaste, prin indicarea şi practicarea intervenţiei chirurgicale în timp util.

CONSIDERAŢII PRIVIND METODICA EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STENOZELE INTESTINULUI SUBŢIRE

Dr.Constantin Curău, Dr.Nicolae Ionescu
Serviciul de radiologie Spitalul militar central Bucureşti

Ţinînd seama de complexitatea şi de gravitatea sindromului ocluziv al intestinului subţire, autorii încearcă să fixeze pentru fiecare caz în parte, conduita de examen cea mai corectă; în primul rînd pentru a nu agrava sindromul clinic şi în al doilea rînd pentru a valorifica

integral datele radiografiei abdominale "pe gol", sau a unor examene speciale folosind metoda "indexului opac", sau tehnica utilizării unor sonde diverse.

CONSIDERATIONS SUR LA MÉTHODIQUE DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LES STÉNOSES DU GRÊLE

Dr. Constantin Gurau, Dr Nicolae Ionescu
Service de Radiologie Hôpital militaire
central de Bucarest

Considérant la complexité et la gravité du syndrome occlusif du grêle, les auteurs cherchent à tracer, pour chacun des cas, la conduite d'examen la plus correcte, premièrement pour n'aggraver le syndrome clinique, et ensuite pour mettre en valeur les données de la radiographie abdominale sans préparation, ou des examens spéciaux utilisant la méthode de "l'index opaque", ou la technique par intubation.

PARTICULARITATILE SINDROLULUI OCLUZIV IN TULORILE INTESTINULUI SUBTIRE

Dr Constantin Gurău, Dr.Traian Panijel, Dr.Gh.Tucu
Serviciul de radiologie Spitalul militar
central-Bucureşti

Autorii îşi expun experienţa lor în acest domeniu, folosind o cazuistică clinică bine studiată şi verificată chirurgical.

Ei insistă asupra valorii "micilor semne" clinice, care preced obişnuit instalarea sindromului subocluziv sau

ocluziv în tumorile intestinului subțire și subliniază trăsăturile caracteristice ale imaginii radiologice pentru fiecare din cazurile studiate.

LES PARTICULARITES DU SYNDROME OCCLUSIF DANS LES TUMEURS DU GRELE

Dr.Constantin Gavău, Dr.Traian Penișoară, Dr.Gh.Tucu

Service de Radiologie Hôpital militaire central - Bucarest

Les auteurs exposent leur expérience dans ce domaine, utilisant une casuistique clinique bien étudié et vérifié chirurgicalement.

Ils insistent sur la valeur des "petits signes" cliniques qui précèdent d'habitude l'installation du syndrome subocclusif ou occlusif du grêle tumoral, et soulignent les traits caractéristiques du tableau radiologique pour chacun des cas étudiés.

EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENȚĂ ÎN OCLUZIA INTESTINALĂ EFECTUAT ÎN SERVICIUL UNUI SPITAL UNIFICAT

Dr.Gh.Penișoară, Dr.Gh.Dobrinescu, Dr.I.Ionescu, Dr.Gh.Mătăsaru

Serviciul de radiologie al Spitalului Unificat al Municipiului Gheorghe Gheorghiu-Dej

S-au studiat urgențele medico-chirurgicale abdominale pe o perioadă de 7 ani la Spitalul unificat al Municipiului Gh.Gheorghiu-Dej, raportul ocluziei intestinale în

totalul urgenţelor, repartizarea pe vîrste, sex, mediu de trai. De asemenea s-a studiat aportul examenului radiologic de urgenţă în stabilirea diagnosticului în faza utilă.

In cazurile studiate de noi ocluziile intestinale mecanice au fost produse de:

- cauze intrinseci intestinale: corpi străini intestinali (viermi intestinali), tumori ale intestinului, invaginaţii intestinale, fecaloame întărite, peritonite regionale;

- cauze extrinseci ale intestinului: hernii externe şi interne ce au strangulat intestinul în sacul herniar, bride peritoneale, tumori extraintestinale, torsionări de anse intestinale.

Ocluzii dinamice au fost provocate reflex de: colici nefretice, hidronefroze, contuzii renale, colici hepatice, torsiuni de chist ovarian, pancreatită acută, traumatisme (vertebrale, ale bazinului, rupturi ale splinei), sarcini extrauterine, pneumopatii acute, pleurezii, intoxicaţii, în cursul diverselor intervenţii chirurgicale.

In cadrul examenului radiologic abdominal pe gol ne-am folosit de semnele indirecte de ocluzie intestinală descrise de Mondor, Porcher şi Olivier. Acestea ne-a ajutat şi la stabilirea aproximativă a sediului ocluziei.

Rabwer şi Cartes arată că în ocluziile intestinale radiodiagnosticul a scăzut mortalitatea de la 40% la 23%.

Executarea în serviciul nostru a examenului radiologic imediat după examenul clinic în prima jumătate de oră de la primirea bolnavilor în serviciul de urgenţă a dus la

îmbunătăţirea prognosticului, mortalitatea scăzînd pînă la 8%.

Aportul radiologiei în serviciile de urgenţă este destul de însemnat şi greşelile de diagnostic pot fi evitate cînd există o strînsă coroborare între simptomele clinice, datele radiologice şi examenele de laborator.

POSIBILITĂŢILE ŞI LIMITELE EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL AL OCLUZIILOR INTESTINALE

Dr. Ioan Jocu, Dr. M. Păcurariu, Dr. St. Grigore

Clinica radiologică I.M.F. Spitalul Dr. I. Cantacuzino Bucureşti

Valoarea examenului radiologic în cursul sindromului ocluziilor intestinale este binecunoscut. Un aspect important al explorării radiologice este reprezentat de precizarea sediului şi naturii ocluziei.

Clasificarea clasică a ocluziilor intestinale în mecanice şi funcţionale sau dinamice are o însemnătate particulară din punctul de vedere al instituirii tratamentului. Ea se bazează pe elementele semiologiei radiologice care sînt diferite în ocluzia mecanică în raport cu ocluzia funcţională.

Totuşi, aceste semne radiologice nu prezintă o valoare patognomonică. De aceea în toate cazurile trebuie să se aprecieze nuanţat constatările radiologice în coroborare cu tabloul clinic şi cu datele de laborator. Justeţea acestei opinii este demonstrată în activitatea practi-

că de neconcordanţele de diagnostic radio-anatomice. Astfel, într-o serie de cazuri considerate ca ocluzii mecanice, explorarea intraoperatorie nu a confirmat supoziţia diagnostică. Dimpotrivă, în alte situaţii, în special la persoane în vîrstă înaintată, la care s-a consemnat un tablou radioclinic sugerînd o ocluzie dinamică, intervenţia a decelat unele modificări de ordin mecanic (aderenţe, bride, diverticulite, fecaloame) sau circulatorii (arterite etc.).

Explorarea radio-clinică trebuie să evite erorile în cele două sensuri menţionate.

Lucrarea, prin observaţiile prezentate subliniază necesitatea reconsiderării datelor clasice, prin aprecierea nuanţată a semnelor radiologice în raport cu circumstanţele clinice ale fiecărui caz precum şi cu rezultatele probelor de laborator. Stabilirea corectă a diagnosticului pozitiv permite instituirea tratamentului adecvat fiecărei forme de ocluzie, evitînd astfel grave erori de diagnostic şi atitudine terapeutică.

LES POSSIBILITÉS ET LES LIMITES DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIQUE DIFFÉRENTIEL DES OCCLUSIONS INTESTINALES

Dr. Ioan Jocu, Dr. N. Păcureru, Dr. St. Grigore

La Clinique Radiologique l'Hôpital Dr I. Cantacuzino Bucarest

La valeur de l'examen radiologique au cours du syndrome des occlusions intestinales est bien connue. Un aspect important de l'éxploration radiologique consiste

dans le placement exact de l'occlusion et de sa nature.

La classification classique des occlusions intestinales dans celles d'origine mecanique et celles fonctionnelles ou dinamiques, présente une importance particulière du point de vue clinique pour l'institution du traitement. Elle est fondée sur les éléments de semiologie radiologique, qui sont différents dans l'occlusion mecanique par rapport à l'occlusion fonctionnelle.

Pourtant, ces indices radiologiques ne présent pas une valeur patognomonique. C'est la raison pour laquelle dans tous les cas il faut que les constatation soient faites minutieusement en corroboration avec le tableau clinique et avéc les dates de laboratoire. La justesse de cet opinion est prouvée dans l'activité pratique par la non-concordance des diagnostiques radiologiques-anatomiques. Ainsi, dans un tas de cas pris pour des occlusions mecaniques, à la suite d'une exploration inter-opératoire, le diagnostique supposé n'a pas été confirmé, au contraire dans d'autres situations, notamment chez les personnes agées, pour les quelles ont avaient consigné un tableau radio-clinique en supposent une occlusion dinamique, l'intervention a décélé quelques modifications d'ordre mecanique (aderences, brides, diverticules), ou circulatoires (arthérites) etc.

L'éxploration radio-clinique doit éviter les erreurs dans les deux sens ci-dessus mentionés.

L'ouvrage par les observations presentées, attire l'attention sur la necessité de reconsiderer les dates classiques en estimant de façon plus nuancé les in-

dices radiologiques par rapport aux circonstances cliniques de chaque cas, et aussi aux résultats des testes des laboratoires. L'établissement correct du diagnostique positif permet l'institution du traitement approprié à chaque forme d'occlusion, en evitant de la sorte, des erreurs de diagnostique et de comportation thérapeutique.

FETISIZAREA IMAGINII HIDRO-AERICE, SURA DE ERORI IN RADIODIAGNOSTIC

Dr. Arcadie Fercek şi Dr. Ion Buşu

Spitalul "prof. dr. I. Cantacuzino" Bucureşti

După cum ştim diagnosticul diferenţial dintre ileusul mecanic şi cel dinamic are o importanţă absolut hotărîtoare pentru orientarea conduitei terapeutice.

Cum semeiologia radiologică, care ne stă la dispoziţie în acest domeniu, este în general foarte paupră, reducîndu-se practic la imaginea hidro-aerică, poate că din acest motiv s-a creat un veritabil fetişism în jurul acestui semn.

In acest sens, se afirmă sentenţios în tratatele de specialitate că imaginea hidro-aerică, exteriorizînd un ileus mecanic, prezintă lichid în cantitate mare, contracţii şi segmentaţii energice de anse şi cu o bună vizibilitate a haustraţiilor care apar îngroşate. Referitor la imaginile hidro-aerice din ileusul dinamic, se afirmă tot aşa de sentenţios că acestea conţin lichid în cantitate redusă, o dinamică mai atenuată a peristalticii precum şi haustre şterse, greu vizibile.

Cu prilejul efectuării de radiografii renale sau biliare pe gol, a explorărilor vertebrale sau de alt gen, am avut prilejul de a observa în repetate rînduri, veritabile imagini hidro-aerice care nu aveau o acoperire clinică din punct de vedere al abdomenului acut, după cum, cu prilejul unor examene pe gol, practicate pentru acuze clinice de abdomen acut, unele din acestea soldîndu-se cu intervenţie chirurgicală de urgenţă (este vorba de 5 cazuri), nu am găsit imagini hidro-aerice, sau cu totul necaracteristice.

Autorii pledează în consecinţă pentru integrarea organică a semeiologiei radiologice în contextul clinic şi pentru interpretarea acestuia în mod integrativ.

O iconografie convingătoare însoţeşte prezentul studiu.

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN NEOPLASMUL DUODENAL CU INDICATIE CHIRURGICALA MAJORA

Conf. Dr. C. Butnaru, Dr. D Mirescu, Dr. S. Georgescu,
Dr. I. Tudosiu, Dr. I Puşcaş
Clinica de radiologie Fundeni Bucureşti

In lucrare sînt prezentate şi analizate 3 cazuri de neoplasme primare de perete duodenal, depistate pe o perioadă de 10 ani în Clinica de radiologie Fundeni.

Bolnavii au fost de sex masculin, vîrsta fiind cuprinsă între 21 şi 60 de ani.

Diagnosticul s-a precizat radiologic prin tranzit baritat standard şi duodenografie hipotonă, fiind confirma-

te intraoperator şi histologic.

In 2 cazuri a fost vorba de reticulo-limfosarcoame întinse stenozante localizate pe D_3, D_4 şi unghi duodeno-jejunal, iar în al treilea caz de un adenocarcinom de D_2 şi D_3.

In toate cazurile simptomatologia dramatică şi sîngerările impuneau stabilirea unui diagnostic rapid.

THE VALUE OF THE RADIOLOGICAL EXAMINATION IN DUODENAL NEOPLASM WITH MAJOR SURGICAL INDICATION

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.D.Miresou, Dr.S.Georgescu,
Dr.I.Tudosiu,Dr.I Puşcaş
Radiological clinic Fundeni Bucharest

In this work are presented 3 cases with duodenal neoplasms remarked into 10 years period, in Radiological clinic Fundeni.

The patients was males, the age has been between 21-60 years.

The diagnosis was established with standard barium examination and hypotonic duodenography and confirmed surgical and to microscopy.

In 2 cases was giant narrowing reticulolymphoma localised in D_2 and D_3 region. The last case was a narrowing adenocarcinoma of D_2 and D_3.

In all cases the dominant simptoms were the bleeding and stenosis phenomenon.

VALOAREA PNEUMOPERITONEULUI SI RETROPNEUMOPERITONEULUI ARTIFICIAL IN DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL SUPURATIILOR ABDOMINALE

Dr.N.Nicolescu, Dr.M.Ionescu, Dr.M.Vasiliu

Clinica de boli infecţioase Colentina

Se prezintă experienţa autorilor pe un număr de peste 250 de cazuri de pneumoperitoneu şi retropneumoperitoneu artificial folosit în diagnosticul chisturilor hidatice hepato-splenice, peritoneale şi renale, îndeosebi cele supurate; acestea au ridicat probleme dificile de diagnostic în contextul unui tablou clinic de o gravitate deosebit de mare.

S-a folosit de asemenea aceasta metodă, cu ameliorări originale ale tehnicii clasice, pentru depistarea supuraţiilor subdiafragmatice şi perirenale, a psoitelor, a abceselor paravertebrale şi a supuraţiilor pancreatice.

Simplitatea şi inocuitatea metodei, precum şi precizia datelor furnizate pentru elaborarea diagnosticului, îi conferă o valoare incontestabil superioară altor explorări radiologice de rutină, care de cele mai multe ori rămîn fără eficienţă practică.

Finalizarea rezultatelor obţinute prin intervenţiile chirurgicale de urgenţă, a dat posibilitatea confruntării semnelor radiologice cu realitatea anatomo-patologică şi a permis interpretarea "pe viu" a unor semne radiologice cu o semnificaţie şi importanţă practică crescută.

THE VALUE OF THE ARTIFICIAL PNEUMO AND RETRO-PNEUMOPERITONEUM IN THE RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF THE ABDOMINAL'S SUPPURATIONS

Dr.N.Nicolescu, Dr.M.Ionescu, Dr.M.Vasiliu

From the infections diseases Clinics - Colentina

The authors present their own experience in connection with 250 cases of artificial pneumo and retropneumoperitoneum, used in the diagnosis of the hydatic cysts of the liver and spleen, of the peritoneum and of the kidney. The authors have emphasized the difficulties raised by the diagnosis of the suppurated cysts and also on the very serious clinical picture and course of the last ones.

The used this technique with original improvements of the classical technique, in the detection of the phrenic and perirenal suppurations, of psoitis and paravertebral abscesses and finally in the detections of pancreatic suppurations.

This simple method has been proved extremely and more valuable for the clinical diagnosis than other radiological methods.

The overall accuracy of diagnosis made by this technique was considerably high. The results were confirmed surgically and pathologically: The method give the opportunity to make therefore a diagnosis "on living" having thus a very important significance in the practice.

L'hôpital d'adultes Lugoj

Le diagnostic de l'abdomen aigu est un diagnostic clinique ayant l'utilité d'imposer l'intervention chirurgicale d'urgence.

C'est justement à cause de cette sanction thérapeutique qu'on puisse soulever dès le commencement deux objections:

1. Il s'agit vraiment d'un abdomen aigu chirurgical?

2. Dans ce cas il n'y a pas d'indications plus précises pour l'orientation de l'intervention?

On croit que même dans un cas ou dans l'autre, l'examen radiologique peut donner un précieux secours au chirurgien, fait qu'on veut illustrer dans cette oeuvre-ci.

I.I.G., homme, 70 ans, est hospitalisé aux symptomes d'abdomen aigu. Lorsqu'on le palpe, on perçoit une formation tumorale dans l'abdomen moyen et inférieur gauche, dont on ne peut pas apprécier sûrement la nature.

Les autres recherches sont sans significations à l'exception de examens radiologiques qui cependant amènent des dates consistantes.

Ainsi Rdg.à jeun et baryn passage indirect par le deplacement de l'estomac et du cadre duodénal, nous permet de constater que les parois de la tumeur sont imprégnées de calcaire, de la dimensioner et localiser précisément.

Nous sommes d'avis pour le diagnostic d'anévrisme d'aorte, les souffrances du malade étant occasionnées par un sindrome d'anginoide abdominale. Notre diagnostic est confirmé par l'examen anatomo-pathologique: Anévrisme de

l'aorte abdominale perforée avec hématome rétropéritonéal.

II.S.I.homme, 48 ans, à la suite d'un grand effort ressentit dans la région inguinale l'apparition d'une tuméfaction accompagnée de vives douleurs.

On l'hospitalise pour abdomen aigu par hernie inguinale irréductible. Sur la Rdg.à jeun on constate cependant l'étroite de l'espace vertebral T_{11}- T_{12} avec déminéralisation dans le foyer. On estime comme TBC vertebral,possible à l'abcès ossifluent migratoire sur la cosse du psoas dans la région inguinale. L'intervention pour la cure de la hernie confirme le diagnostic d'abcès ossifluent.

III.V.S. homme 66 ans. Hospitalisé pour abdomen aigu causé par hernie clinique évidente. Rdg.à jeun,marque des images hidroeriques. De plus le bariu passage nous montre le bulbe duodenal et le genou supérieur modifiés par la compression du voisinage d'une formation tumourale que nous considérons la vessie billiare. Intraopérateur on constate vraiment piocholecist et hernie de nécessité.Dans les I et II observations, quoique le diagnostic clinique, incline pour abdomen aigu, l'examen radiologique a précisé qu'il ne s'agit pas abdomen chirurgical, interdissant ainsi la laparatomie. Dans la III l'indication radiologique entraine une intervention à l'étage supérieur abdominal pour cholecistite aiguë, principale cause d'abdomen aigu et non pas au niveau de la hernie qui était d'ordre secondaire.

En conclusion, on croit que l'examen radiologique s'impose comme un examen de routine,dans les cas cliniquement étiquetés comme abdomen aigu, pouvant donner quelque-

fois un essentiel apport en ce qui concerne la position que le chirurgien doit suivre.

ERGEBNISSE DER RÖNTGENUNTERSUCHUNG BEI DER AKUTEN MAGEN-DARM-BLUTUNG

Prof. Dr. Eberhard Baudisch, Prof. Dr. Kurt Fitzler
Dr. Dieter Kob

Aus der Röntgendiagnostikabteilung, der Radiologischen Klinik und Poliklinik und der Chirurgischen Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Seit 10 Jahren führen wir beim Krankengut der Chirurgischen Universitätsklinik Jena nach stationärer Aufnahme und Einleitung von Massnahmen zur Behandlung des Blutungsschocks die frühzeitige Röntgenuntersuchung mit einer Suspension von $BaSO_4$ in 100 ml eines Diatrizoats durch.

Von den zuletzt untersuchten 100 Patienten konnte in 93% die Blutungsquelle richtig bestimmt werden. Bei den übrigen 7 Patienten bestand 3 x eine hämorrhagische Gastritis und 3 x eine hämorrhagische Gastritis und 3 x ein Ulcus ventriculi, das wegen unzureichender Magenspülung nicht dargestellt werden konnte, da die Mägen mit Blutkoagula angefüllt waren. Ein Befund war röntgenologisch und operativ nicht eindeutig klärbar.

Im Vortrag wird das methodische Vorgehen besprochen, und es werden an einem ausgestellt.

CONDUITA NOASTRA PRIVIND INVESTIGATIA RADIOLOGICA IN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE

Prof.Dr.Doc.I.Birzu, Dr.Ioan Jocu, Dr.M.Păcuraru

Clinica de radiologie I.M.F. Spitalul Dr.I. Cantacuzino, Bucureşti

Sindrom de mare gravitate, hemoragiile digestive superioare necesită o investigaţie medicală rapidă, netraumatizantă, care să permită stabilirea operativă a diagnosticului şi luarea de măsuri terapeutice corespunzătoare.

Hemoragia poate să survină, în principiu, în 2 circumstanţe diferite:

a) la persoane cu antecedente patologice digestive, a căror afecţiune a fost deja diagnosticată;

b) la persoane în stare de sănătate aparentă, la care hemoragia digestivă constituie prima manifestare clinică a suferinţei.

Pe de altă parte, în bilanţul diagnostic şi în adoptarea atitudinii terapeutice trebuie să se aibă în vedere particularităţile fiecărui caz privind gravitatea sîngerării, starea generală a pacientului, vîrsta, afecţiuni asociate etc.

In acest context se înţelege să fiecare caz necesită adoptarea individualizată, nuanţată, atît a metodologiei de investigaţie, cît şi a măsurilor terapeutice.

De aceea în prezenţa unei hemoragii digestive superioare este necesar ca în primul rînd să se evalueze în special pe baza aspectelor clinice şi examenului hematologic gravitatea sîngerării. Acesta va permite trierea cazurilor care urmează a fi supuse intervenţiei chirurgi-

FALSUL ABDOMEN ACUT

Dr. Stefan Asauleac, Dr. Ridvan Feuzi

Spitalul Constanţa

Diagnosticul de abdomen acut este unul din diagnosticele cele mai severe care cere o rezolvare cît mai rapidă, deseori chirurgicală. Cunoaştem totuşi existenţa a numeroase cazuri de intervenţii chirurgicale inutile datorită simptomelor de fals abdomen acut. Examenul radiologic are o contribuţie însemnată în diagnosticul acestor pseudoabdomene acute.

Posibilitatea iradierii durerii de la organele vecine la abdomen face ca pacientul să se plîngă în primul rînd de dureri abdominale însoţite uneori şi de apărare musculară. Afecţiunile toracice se pot manifesta deseori cu junghi abdominal, simptomatologia toraco-pulmonară fiind aproape inexistentă sau mascată de durerea abdominală în unele cazuri de pneumonii, pleurite bazale, pleurezii diafragmatice, algii frenice, infarct miocardic.

In cadrul acestor casuistici prezentăm un caz de pleurezie difragmatică la o tînără de 22 de ani care a debutat ca un fals abdomen acut şi numai examenul radiologic a depistat afecţiunea cauzală toracică.

LE FAUX ABDOMEN AIGU

Dr. Stefan Asauleac, Dr. Ridvan Feuzi

L'hôpital Constanţa

Le diagnostic d'abdomen aigu est un des diagnostics les plus sévères qui exige une solution plus rapide,

souvent chirurgicale.

Nous connaissons, tous, toutefois, l'existence des nombreux cas d'interventions chirurgicales inutiles, dû aux symptômes de faux abdomen aigu.

L'examen radiologique a une contribution marqué dans le diagnostic de ces pseudo-abdomens aigus.

La possibilité d'irradition des douleurs des organs voisins aux abdomen, fait le malade se plaindre, premièrement des douleurs abdominalles accompagnés parfois et de défense musculaire.

Les affections thoraciques peuvent se manifester souvent par des points de cotés abdominalles, la symptomatologie thoraco pulmonaire étant presque inexistente ou masqué par la douleur abdominalle dans quelqu'un des cas des pneumonies, pleurites basals, pleurésiés diafragmatiques, algies fréniques, infarcts myocardiques.

Dans le cadre de ces casuistiques nous présenterons un cas de pleurésie diafragmatique chez une jeune femme, de 22 années, qui a debuté comme un faux abdomen aigu et seulement l'examen radiologique a dépisté l'affection de cause thoracique.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL UNOR CAUZE REALE CARE AU DETERMINAT SAU SIMULAT CLINIC ABDOMEN ACUT

Dr.M.Chiriac, Dr.T.Cîrstea, Dr. D.Stănică

Spitalul de adulți Lugoj

Diagnosticul de abdomen acut este un diagnostic clinic avînd utilitatea de a impune intervenția chirurgi-

cală de urgență. Tocmai din cauza acestei sancționări terapeutice se pot ridica de la început două obiecțiuni:

1) Este vorba într-adevăr de un abdomen acut chirurgical?

2) In cazul că este un abdomen chirurgical, nu pot exista indicații mai precise pentru orientarea intervenției?

Credem că, și într-un caz, și în celălalt, examenul radiologic poate da un ajutor prețios chirurgului, fapt pe care dorim să-l ilustrăm în lucrarea de față.

I. I.G. bărbat, 70 de ani, este internat cu semne de abdomen acut. La palpare se percepe o formațiune tumorală în abdomenul mijlociu și inferior stîng a cărui natură desigur nu se poate aprecia. Celelalte investigații sînt nesemnificative cu excepția examenelor radiologice care însă aduc date consistente. Astfel, radiografia pe gol și pasajul baritat, indină deplasarea stomacului și cadrului duodenal precum și faptul că pereții tumorii sînt impregnați cu calcar ceea ce permite să o dimensionăm și localizăm precis. Opiniem pentru diagnosticul de anevrism de aortă, suferințele bolnavului fiind cauzate de un sindrom anginoid abdominal.

Diagnosticul se confirmă prin examenul anatomopatologic: anevrism de aortă abdominală perforat cu hematom retroperitoneal.

II. S.I. bărbat, 48 ani, în urma unui efort mare simte în regiunea inguinală apariția unei tumefacții însoțită de dureri vii. Se internează pentru abdomen acut prin hernie inghinală ireductibilă. Pe radiografia de gol se cons-

tată însă pensarea spaţiului vertebral T_{11}- T_{12} cu deminerализare în focar. Se apreciază ca fiind o tuberculoză vertebrală, posibil cu abces osifluent migrat pe teaca psoasului în regiunea inguinală. Intervenţia pentru cură herniară confirmă diagnosticul de abces osifluent.

III. V.S., bărbat, 66 ani, este internat pentru abdomen acut produs prin hernie clinic evidentă. Radiografia pe gol evidenţiază imagini hidroserice. Pasajul baritat arată bulbul duodenal şi genunchiul superior modificate prin compresiunea de vecinătate a unei formaţiuni tumorale pe care o considerăm vezica biliară. Intraoperator se constată piocolecist şi hernie de necesitate.

In observaţiile I şi II deşi diagnosticul clinic înclina pentru abdomen acut, examenul radiologic a precizat că nu este un abdomen chirurgical şi a co traindicat laparotomia.

In observaţia III indicaţia radiologică era de intervenţie în etajul superior abdominal pentru colicistită acută, cauză principală a abdomenului acut şi nu la nivelul herniei care era secundară.

In concluzie credem că examenul radiologic se impune ca un examen de rutină în cazurile care clinic sînt etichetate ca abdomen acut putînd da uneori un aport esenţial pentru atitudinea ce urmează să o ia chirurgul.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DE QUELQUES CAUSES RÉELLES QUI ONT DÉTERMINÉ OU SIMULÉ CLINIQUEMENT L'ABDOMEN AIGU

Dr.M.Chiriac, Dr.T.Cîrstea, Dr. D.Stănică

ASPECTE RADIOLOGICE ÎN EVENTRATII ALE PERETELUI ABDOMINAL

Dr. Mircea Duşe, Dr. Dumitru Timofte

Policlinica Ministerului Industriei Chimice şi Spitalul P.T.T. Bucureşti

Autorii prezintă un număr de eventraţii a viscerelor abdominale, stomac, jejun, colon transvers şi sigmoid, definind entitatea, deosebind-o faţă de hernie cu care în mare măsură se aseamănă clinic şi radiologic, dar care din punct de vedere ştiinţific nu se suprapune mai ales etiopatogenic; deosebirea faţă de eviscerale este enunţată ca evidentă.

Se trece în revistă mecanismul etiopatogenic complex la care concură factori predispozanţi congenitali, factori determinanţi fizico-mecanici interni şi externi şi factori favorizanţi cîştigaţi conform concepţiei integraliste în medicină.

Se trece sumar asupra fenomenelor clinice subiective şi obiective; se insistă asupra aspectelor radiologice şi asupra tehnicilor de examen de la radiografii fără preparaţie pînă la examene cu substanţă de contrast şi dublu contrast ce sînt în măsură să precizeze organul ori segmentul de organ eventrat, sediul şi întinderea, eventuale procese patologice suprapădugate ori prezenţa sau iminenţa unei strangulări. In colaborare cu clinicianul ajută la stabilirea oportunităţii intervenţiei la care oferă în plus date preţioase de sediu, întindere, organ ori segment interesat etc.

Autorii consideră că eventrațiile reprezintă un capitol important de patologie la care radiologia cu mijloacele simple de care dispune, la îndemîna oricui, poate și trebuie să-și aducă contribuția în vederea precizării diagnosticului preoperator.

ASPECT RADIOLOGIQUE DANS L'EVENTRATION DU PAROIS ABDOMINAL

Dr. Duşe Mircea, Dr. Timofte Dumitru
Policlinique du Ministère de l'industrie de la chimie et de l'hôpital de la Poste, Télégraphe et Téléphone de Bucarest

Les auteurs présentent un nombre d'éventrations des viscères abdominaux de l'éstomac, du jejunum, colon transversal et sigmoïde en déterminant l'entité, faisant une différence en ce qui concerne l'hérnie qui a une grande ressemblance clinique et radiologique, mais qui au point de vue rigoureusement scientifique, ne se superpose pas surtout étiopathogéniquement; la distinction vis-à-vis de d'eviscération est annoncée comme evidente.

On passe en revue le mécanisme étiopathogénique complèxe auquel concourent les facteurs congénitaux predisposants, les facteurs determinants phisicomécaniques intérieurs et extérieurs et les facteurs favorisants gagnés conformement à la conception intégrale dans la médicine actuelle.

On passe succintement sur les phénomènes cliniques subjectifs et objectifs; mais on insiste sur les aspects

radiologiques et sur les techniques de l'examen de la radiographie sans preparation jusqu'à l'examen avec substance de contraste et double contraste qui sont en mesure de préciser l-organe ou le segment de l'organe éventré, son siège et son extension les eventuels processus pathologiques surajoutées, ou la présence ou l'iminence d'un étranglement.

En collaboration avec le clinicien il aide a établi l'opportunité de l'intervention à laquelle des dates précieuses du siège du l'extension de l'organe ou du segment intéressé sont aussi offerts.

Les auteurs présent que les éventrations représentent un chapitre intéressant de la pathologie à laquelle la radiologie avec ses moyens simples dont elle dispose, disponibles à n'importe qui, peut et doit apporter sa contribution en vue de préciser le diagnostique avant l'opération.

UNELE OBSERVATII ASUPRA VALORII PNEUMOPERITONEULUI SPONTAN IN RADIODIAGNOSTICUL ABDOMENULUI ACUT

Dr.Grigore I.Aubert

Clinica Radiologică Timişoara

Pneumoperitoneul, simpom de valoare în radiodiagnosticul abdomenului acut, este considerat în general ca patognomonic pentru perforaţiile organelor cavitare abdominale, mai ales a celor cauzate de ulcerele gastro-duodenale.

In urma unui studiu făcut pe 400 de cazuri de ab-

domen acut şi observarea a 3 cazuri de pneumoperitoneu spontan fără nici o cauză aparentă, am tras următoarele concluzii în legătură cu valoarea acestui simptom:

- depistarea pneumoperitoneului cu o mică cantitate de gaz sau în condiţii speciale necesită tehnici radiografice adecvate;

- pneumoperitoneul apare în mod obişnuit şi durează un timp variabil după orice laparotomie, diverse tehnici de investigaţie abdominală şi uneori după naştere;

- după cazuistica noastră, care concordă şi cu unele date publicate, pneumoperitoneul spontan este datorat în circa 85% din cazuri ulcerului perforat, dar el este găsit numai la 75% din bolnavii cu perforaţie liberă acută a ulcerului gastro-duodenal;

- pneumoperitoneul poate fi produs şi de alte cauze mai puţin comune, dintre care noi am găsit: perforaţia neoplasmelor tractului gastro-intestinal, a diverticulilor colici, a apendicelui cecal, a unei ocluzii intestinale şi după infarctul mezenteric, ruperea unui chist din pneumatoza chistică intestinală, a unei bule de emfizem pulmonar adiacente diafragmului şi peritonita cu germeni anaerobi;

- în mod evident pneumoperitoneul nu se găseşte în asociere cu bolile medicale care simulează un abdomen acut;

- rareori pneumoperitoneul apare fără nici o cauză stabilită şi este descoperit accidental.

gale de urgență. In cazuri particulare la solicitarea expresă a chirurgului se poate efectua examenul radiologic imediat.

Pentru restul cazurilor alături de continuarea tratamentului medical de reechilibrare biologică, este necesară precizarea naturii hemoragiei. Principală în acest scop ne apare alegerea judicioasă a momentului examinării radiologice, care este hotărîtă în consult cu medicul clinician.

In perioada imediată deșocării, starea generală alterată a bolnavului nu permite nici pregătirea corespunzătoare, nici explorarea adecvată a acestora. In consecință considerăm că perioada cea mai indicată pentru examinarea radiologică a acestor bolnavi începe din a 4-5 a zi de la hemoragie, moment în care se poate efectua o investigație corectă, cu randament superior.

In aceste condiții, explorarea radiologică își dovedește atît eficacitatea diagnostică cît și inocuitatea ei. Această conduită corespunde intereselor diagnosticului și principiului fundamental al medicinei:"primum non nocere"!

NOTRE ATTITUDE ENVERS L'INVESTIGATION RADIOLOGIQUE DANS LES HEMORAGIES DIGESTIVES SUPERIEURES

Prof.Dr.Doc.I.Bîrzu, Dr.Ioan Jocu et Dr.Mihai Păcuraru

La Clinique de Radiologie I.M.F. L'Hôpital Dr.I. Cantacuzino, Bucarest

Un syndrome de fort gravité, les hémorragies digestives supérieures, éxige une investigation médicale ra-

pide, non-traumatisante, qui puisse permettre la détermination opérative du diagnostic et la prise des mésures thérapeutiques adéquates.

L'hémorragie peut survenir, en principe, dans deux circonstances différentes;

a) à des personnes aux antécedentes pathologiques digestives, dont l'affection a été déjà diagnostiquée;

b) à des personnes dans un état de santé apparente, auquelles l'hémorragie digestive constitue une première manifestation clinique de la maladie.

D'un autre côté, dans le bilan du diagnostic et dans l'adoption d'une attitude thérapeutique il faut que nous ayons en vue les particularités de chaque cas en ce qui concerne la gravité de l'hémorragie, l'état générale du malade, l'âge, des affections jointes etc.

Le complèxe ci-dessus exprime la nécessité d'adopter pour chaque cas tant une méthodologie d'investigation que des mésures thérapeutiques individualisées et nuancées.

Par conséquence, en présence d'une hémorragie digestive supérieure il faut d'abord que l'éstimation de la gravité de l'hémorragie soit faite sur le fondement des aspects cliniques et de l'éxamen hématologique. Ce moyen va permettre l'isolement des cas qui vont être soumis à l'intervention chirurgicale d'urgence. En certain cas, à la demande expresse du chirurgien on peut effectuer aussi l'éxamen radiologique immédiat.

Quant aux reste des cas outre la suite du traitement médical de ré-équilibrage biologique, il faut déterminer la nature de l'hémorragie. Dans ce but il semble que

c'est d'une importance majeure le choix du moment judicieux de l'examen radiologique decidé sur l'avis du médecin clinicien aussi.

Immédiatement après la mise à l'écart du choc l'état général du malade ne permet pas qu'il soit soumis à une préparation adéquate où bien a une exploration du façon mentionné ci-dessus. Par conséquence, nous considérons que l'époque la plus propice pour l'examen radiologique de nos malades commence à partir du 4-5 jour de l'apparition de l'hémorragie, quand on peut effectuer une investigation correct, au rendement supérieur.

Dans ces conditions, l'éxploration radiologique prouve sa grande utilité diagnostique et en même temps son innocuité. Cette attitude est en concordance avec les intérêts du diagnostic et le principe fondamental qui ne doit pas être oublier ni même un instant: **"primum non nocere"**

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN SINDROAMELE DUREROASE DE CAUZĂ ULCEROASĂ

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.D.Idrescu, Dr.S.Georgescu,
Dr.I.Tudosiu, Dr.I.Puşcaş, Dr.D.Radianu

Clinica de radiologie Fundeni Bucureşti

Sînt prezentate 9 cazuri cu stîngăceri la care examenul radiologic standard nu a putut preciza diagnosticul de certitudine. Întrucît se impunea prezervarea chirurgicală s-a utilizat duodenografia hipotonă cu ajutorul căreia s-a fost precizată cauza.Era vorba de ulcere cu local bulbară în 8 cazuri, iar într-un alt caz de ulcer duodenal

postbulbar parţial stenozant, cu aspect pseudotumoral. Nu s-au înregistrat complicaţii secundare ca urmare a folosirii acestei metode.

Hipotonizarea a permis evidenţierea ulceraţiei şi a zonei de edem periulceros, elemente pe care examenul gastro-duodenal clasic nu le oferă întotdeauna.

THE DIFICULTIES OF THE RADIODIAGNOSIS IN THE DUODENAL ULCUS BLEEDING

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.D.Mirescu, Dr.S.Georgescu, Dr.I.Tudosiu, Dr.I.Puşcaş, Dr.D.Ledianu

Clinic of Radiology Fundeni Bucharest

Are presented 9 cases with bleeding in wich standard barium examination cannot exactly established the cause.

Was used hypotonic duodenography wich are established the cause.

In 8 cases the cause was the ulcus of the Ist duodenum, and last case was the narrowing ulcus of the II-nd duodenum, with pseudotumorous aspect.

The hypotonic duodenography was used without problems.

No complications for the patients.

CONTRIBUTIA EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN UNELE HEMORAGII DIGESTIVE

Dr.S.Schiau, Dr.R.Stoenescu, Dr.P.Stoiculescu, Dr.N.Drăgulescu

Spitalul Filantropia Bucureşti

După ce autorii arată că examenul radiologic în he-

moragiile tubului digestiv este inofensiv, ei prezintă câteva observaţii radio-clinice, în afara ulcerului şi a cancerului, observaţii în care examenul radiologic a fost hotărîtor în stabilirea cauzei hemoragiei.

CONTRIBUTION DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Dr.S.Schiau, Dr R.Stoenescu, Dr.P Stoiculescu, Dr.N.Drăgulescu

L'hôpital Filantropia Bucarest

Après avoir précisé que l'examen radiologique est parfaitement inoffensif dans les hémorragies du tube digestif, les auteurs présentent quelques observations radio-cliniques, ne comprenant pas de cas d'ulcère ou de cancer, où l'examen radiologique a été décisif pour établir la cause de l'hémorragie.

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC DE URGENŢĂ ÎN STABILIREA DIAGNOSTICULUI ETIOLOGIC AL UNEI HEMORAGII SUPERIOARE

Dr.E. Debău, Dr. Al. Oproiu, Dr. Carmen Oproiu, Dr. A. Rucăreanu, Dr. Steliana Ionescu

Centrul de gastroenterologie Bucureşti

Examenul radiologic de urgenţă a fost indicat pentru stabilirea diagnosticului etiologic al unei hemoragii digestive superioare. Efectuarea se face în primele 24-48 ore de la producerea hemoragiei. Introducerea substanţei baritate se face fie prin ingestie orală obişnuită, fie prin sondă intragastrică după aspiraţie gastrică prealabilă.

Bolnavii studiaţi au fost împărţiţi în două loturi:

1. Bolnavi cu hemoragii digestive superioare rapetate a căror cauză era considerată ca fiind cunoscută.

2. Bolnavi la prima hemoragie digestivă a căror cauză nu fusese obiectivată clinic sau prin metode paraclinice.

In primul lot de bolnavi, examenul radiologic digestiv cu indicaţie de urgenţă a confirmat cauza cunoscută - hemoragici la 55% dintre bolnavi.

De asemenea, la 18% dintre bolnavi examenul radiologic a găsit cauze de hemoragie digestivă superioară în afara celor cunoscute. La un număr de 27% dintre bolnavi, a fost necesar să se recurgă la alte examene suplimentare ca: esofagoscopie, fibrogastroscopie, duodenoscopie şi laparoscopie sau laparotomie.

In al doilea lot de bolnavi, examenul radiologic confirmat diagnosticul clinic în 45% dintre cazuri şi a stabilit un diagnostic diferit de cel clinic în 24% din cazuri. La 31% dintre bolnavi a fost necesar efectuarea examenelor complimentare.

In lucrare se discută acurateţea diagnosticului radiologic de urgenţă în hemoragiile digestive superioare şi locul său în ansamblul investigaţiilor paraclinice care trebuie să se folosească în diagnosticul de urgenţă al acestei situaţii. Se concluide că examenul radiologic digestiv cu caracter de urgenţă executat în primele 24-48 ore de la producerea hemoragici nu are contraindicaţii absolute şi că nu prezintă nici un risc pentru viaţa bolnavului.

El trebuie să precedă celelalte examinări paraclinice ale diagnosticului de urgență ale hemoragiilor digestive superioare.

HEMORAGII DIGESTIVE SUPERIOARE

OBSERVAȚII PERSONALE

Dr. Irinel Popescu

Spitalul nr. 2 Ploiești

Hemoragiile digestive superioare rămîn în permanență preocupare a chirurgului, internistului și radiologului pentru elucidarea mecanismelor etio-fizio-patologice și aplicarea corectă a tratamentului.

Bazat pe o bogată casuistică ce se referă la: - hemoragii mari și greu de stăpînit, - hemoragii detectabile microscopic, - hemoragie accident, - hemoragie simptom, voi încerca a valorifica aportul examenului radiologic în depistarea leziunilor cauzale.

Deși posibilitățile radiologiei în patologia digestivă sînt unanim recunoscute, iar mulți autori afirmă: -"utilizarea examenului e inofensivă pentru bolnavi în puseu hemoragic" - experiența personală obligă a-i executa sub o tehnică perfectă cu posibilități rapide de interpretare și sub strictă supraveghere a bolnavului; (la nevoie - reanimare, sau intervenție chirurgicală), contrar examenul radiologic devine nociv chiar pentru bolnavi aparent compensați.

De asemenea, o bogată literatură consemnează:

-"imaginea unui ulcer sau cancer nu diferă în puseu hemoragic de cea la rece" - deși față de sîngerările

abundente posibilităţile de examinare şi interpretare pentru unele cazuri lasă probleme deschise; căci un ulcer recunoscut şi tratat ca atare poate sîngere şi din alte cauze,

- un cirotic nu numai prin sindromul de hipertensiune portală,

- iar un medicament poate provoca o hemoragie la pacienţi fără suferinţă digestivă.

De subliniat că examenul radiologic întîmpină dificultăţi legate de topografia unor segmente anatomice mai dificil de examinat; astfel pentru ulcerul juxta cardial compresiunea şi examenul sub farmacodinamie nu aduc elemente în plus faţă de examenul standard, iar parietografia sub distensie gazoasă exagerează hemoragia.

Greutăţi se întîmpină şi în cazul:

a) ulcerului mici curburi cu infiltraţie adiacentă, care simulînd neoplasmul, forţează actul operator,

b) nişe mici, acoperite de pliuri mucoase mari, edematoase, pot scăpa chiar la o explorare sistematică,

c) o gastrită hipertrofică hemoragică poate fi etichetată drept cancer.

Pentru elucidarea acestor cazuri radiologul în mod eclectic îşi va formula opinia în minimum de timp; în cadrul acestor coordonate examenul radiologic rămîne o metodă de bază - uneori neegalată în diagnosticul hemoragiilor a căror cauză nu a fost cunoscută - pentru bolnavi suspecţi de o leziune posibil hemoragipară sau chiar asimptomatică.

Nu este o atitudine contradictorie - ci o consi-

derare justă a acestui mijloc de diagnostic care obligatoriu pentru astfel de cazuri va fi coroborat datelor clinico-biologice.

Iconografia se referă la hemoragii digestive cu diagnostic dificil, încercînd ca din experienţa cîştigată să generalizăm partea pozitivă a examenului radiologic.

CONSIDÉRATIONS RADIOLOGIQUES SUR LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Dr. Emanoil Popescu

L'hôpital nr.2 Ploieşti

Les hémorragies digestives supérieures représentent une préoccupation permanente et commune du chirurgien, de l'internaliste et du radiologue, pour élucider les mécanismes étio-physiopathogéniques et appliquer le traitement adéquat.

A l'aide d'une riche casuistique qui se rapporte aux grandes hémorragies, difficilement réglables; aux hémorragies microscopiques; à une hémorragie-accident; à une hémorragie - symptôme; je vais essayer mettre en valeur l'apport de l'examen radiologique, pour dépister les lésions étiologiques.

Les possibilités radiologiques dans la pathologie digestive, sont en unanimité reconnues.

Il y a beaucoup d'auteurs, qui affirment que l'utilisation de l'examen est inoffensive, pour les malades, même en plein poussé hémorragique; ce pendant l'ex-

périence personnelle oblige à l'effectuer d'une manière parfaite avec des possibilités rapides d'interprétation, sous une stricte surveillance du malade même le réanimer, où, s'il s'impose, recouvrir à l'intervention chirurgicale d'urgence.

Une riche littérature consi_ne que l'image d'ulcère ou d'un cancer en plein poussé hémorragique ne diffère pas de celui "à froid".

Néanmoins les possibilités d'examiner et d'interpreter les unes des hémorragies abondantes posent des problèmes ouverte car même un ulcère reconnu et traité comme tel, peut saigner et d'autres causes:

- un cyrrhotique ne saigne pas seulement par le syndrome d'hipertension portalle, tandis qu'un medicament peut provoquer une hémorragie aux pacients sans souffrance digéstives.

Il est à remarquer que l'examen radiologique rencontre des difficultés dues à la topographie des segments anatomiques plus difficil d'examiner. Pour l'ulcère juxtacardial, la compression et l'examen sous pharmacodynamie, n'apportent pas des élèments nouveaux à l'égard de l'examen standard ; en plus, la péristographie sous distension gazeuse exagère l'hémorragie.

On rencontre, aussi, de difficultés en cas:

a) de la niche située sur la petite courbure, avec infiltration périulcereuse, qui, simulant le néoplasme, precipite l'acte operatoir.

b) d'une petite niche, qui peut échapper à une exploration sistematique, étant couverte des grands plis

oedématoux.

c) d'une gastrite hipertrophique hémorragique qui peut être interpreter comme cancér.

Pour élucider ces cas le radiologue, avec ses possibilités écleltiques pourra formuler son opinion en temps util; ainsi l'examen radiologique, dans les condition enoncées une méthode de grande utilité, parfois inegalée dans hémorragies jusque le inconnues pour des malades suspects ou asimptomatiques.

Il ne s'agit pas d'une opinion contradictoire, mais d'une juste évaluation de la discipline radiologique. Et pour formuler le diagnostique, le radiologue a besoin d'un minimum de signes clinico-biologiques. L'iconographie se rapporte aux hémorragies digestives à diagnostique difficil, désirant généraliser l'apport positif de l'examen radiologique.

EXAMENUL RADIOLOGIC DIGESTIV IN PERIOADA HEMORAGICA

Dr.Victor Stoica, Dr.Virgil Niculescu

Dr.Liliana Vanțâ

Spitalul unificat Tg.Jiu

Inaintea oricărui examen radiologic digestiv în perioada hemoragică, conduita urmată de noi a fost stabilită pe principiul internării obligatorii în serviciul de reanimare unde s-a aplicat perfuzia sanguină în funcție de hematocrit, puls și tensiune arterială, de asemeni o aspirație și la nevoie un lavaj gastric.

Prin consult medico-radiologic [illegible]

lit momentul transportului bolnavului în sala de radiologie

Au remarcat la examenul baritinat la bolnavi cu o hemoragie abundentă şi tensiune arterială joasă, prezistenţă.

Au considerat ca îngăduit riscul unor eventuale erori grave ce ar proveni din imposibilitatea efectuării unui examen corect la bolnavii cu stingherire egrită sau redusă, cu tensiune arterială stabilizată aproape de normal şi puls încetinit.

În sala radiologică, bolnavul staţiona în continuare sub perfuzie.

Primul examen radiologic (cu radiografie) vizează eliminarea existenţei unui pneumoperitoneu, pentru a evita o eventuală inundare peritoneală baritată.

La examenele baritate am efectuat obligator radiografii în toate incidenţele posibile, am utilizat artificiile radiologice necesare, uneori în paralelă, o insuflaţie de circa 500 ml de aer.

După examenul gastro-duodenal, nu am neglijat cercetarea esofagului pentru varice sau ulcer esofagian.

Examenul radiologic al părţii superioare a tubului digestiv, în condiţiile practicate de noi la peste 100 de bolnavi hemoragici, a contribuit uneori singur la decizia asupra indicaţiei chirurgicale de urgenţă.

CONSIDERAŢII PRIVIND EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENŢĂ ÎN 203 HEMORAGII ULCERO-NEOPLAZICE GASTRO-DUODENALE

Dr.Ioan Tighineş,Dr.Traian Horja,Dr.Ion Drăgan,
Dr.Elisabeta Dumbrăveanu,Autorul Dan Tighineş
Spitalul Unificat de adulţi Nr.1 Ploieşti

Problema hemoragiilor digestive superioare, indeosebi a celora care apar în cursul evoluției afecțiunilor ulcero-neoplazice gastro-duodenale, prezintă o importanță deosebită, mai ales din punct de vedere al atitudinii terapeutice.

În acest cadru este important să se cunoască pe lîngă frecvență, persistență și gravitatea lor, originea lor exactă. Lucru pe care nu-l poate realiza decît examenul radiologic - respectînd regulile elementare cunoscute - practicat cît mai din vreme posibil de la debutul singerării - 6-48 ore - el fiind singurul examen paraclinic care realizează imagini corespunzătoare unor leziuni anatomice certe.

Urmărind observațiile clinico-radiologice a 203 bolnavi cu hemoragii digestive de diferite cauze (ulcere duodenale: 97 (47,7%); ulcer gastric -ulcer duodenal: 5 (2,2%); ulcere gastrice: 18 (9%); neoplasme gastrice:69 (34%); polipoză:10 (5%); gastrite hemoragice: 4 (2%), internate în perioada 1954-1977 în Secția chirurgicală a Spitalului nr.1 Ploiești, hemoragii digestive ce reprezintă 10% din totalul bolnavilor operați și cărora le-am practicat examenul radiologic de urgență eso-gastro-duodenal, am constatat că acest examen pe lîngă faptul că este complet lipsit de nocivitate, este singurul mijloc de diagnostic care depistează aproape sigur (în 88% în casuistica noastră) natura hemoragiei, fapt cu deosebită valoare practică.

În acest examenul radiologic de urgență eso-gastro-duodenal trebuie folosit cu regularitate, ca un examen

extrem de necesar, în hemoragiile digestive superioare,el completînd şi confirmînd diagnosticul clinic, dînd date extrem de utile pentru tehnica şi tactica operatorie.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE DANS 203 HÉMORRAGIES ULCÉRO-NÉOPLASIQUE GASTRO-DUODÉNALES

Dr.Ioan Tigănuş, Dr.Traian Horja,Dr.Ion Drăgan,
Dr.Elisabeta Brebenescu, Ert. Dan Tigănuş

L'hôpital No.1 Ploiesti

Le problème d'hémorragies digestives supérieures, surtout celles qui survient pendent l'evolution des affections ulcéro-neoplasiques gastro-duodénales a une grande importance, notamment au point de vue de l'attitude therapeutique.

Dans ces cas, est important de connaître outre la fréquence, la persistence, et la gravité de ces hémorragies, leur exacte origine. Chose qui peut être realisé seulement par l'examen radiologique - en respectant les reglès connues - l'examen executé le plutôt possible au commencement de l'hémorragie (6-48 h-es). Il est le seul examen paraclinique qui réalise des images qui correspondent aux lésions anatomiques certes.

En faisant de recherches sur les observations clinico-radiologique de 203 malades atteintes d'hémorragies digestives de causes différentes (ulcères duodenales 97 = 47,7%; - ulcères gastriques 18 = 9% - ulcères gastriques et duodenales associes 5 = 2,3%; neoplasmes gastriques 69 = 34%; polypose 10 = 5%. gastrite hémorragique 4=2%)

hôpitalisées pendant les années 1954-1971 dans le Service de chirurgie de l'Hôpital no.1 Ploiești, des hémorragies digestives qui représentent 10% du total des internées, traitées chirurgicalement et auxquelles nous leur avons pratiqué l'examen radiologique d'urgence, nous avons constaté que cet examen complètement sans nocivité, est le seul moyen de diagnostique qui découvre presque certainement (88% de nos cas) la nature des hémorragies, problème d'une grande valeur pratique.

C'est pourquoi il doit être utilisé avec régularité, comme un examen extrêmement nécessaire dans les hémorragies digestives supérieures, complétant ainsi et confirmant le diagnostique clinique, et donnant des dates extrêmement utiles pour la technique et la tactique opératoire.

DIAGNOSIS OF ESOPHAGEAL VARICES AFTER HIPERPROTEIC MEAL

Dr. Giuliano Pozzi Milano

Digestives hemorragies are often of difficult radiological diagnosis. It may happen the most accurate esophagus test doesn't reveal the presence of varicous veins in cases of portal hipertension.

A particular and simple methodology, employing a suitable barium mixture after administration of hiperprotein meal can point out mucosa flaws, caused by swollen varicosities.

After some short pathogenetic and technical

mentions, and analysis of literature, the most significant causes are discussed and radiological patterns are presented.

POSIBILITATI DE LOCALIZARE RADIOLOGICA ALE HEMORAGIILOR MEZO-GASTRICE IN HIPERTENSIUNILE PORTALE

Dr.Sanda Ghin, Dr.C.Antonescu, Dr.S.Georgescu, Dr.D.Mironov, Dr.D.Medianu

Spitalul clinic Fundeni - Bucuresti

Este stiut că lezionile supra-esofagiene sînt sursa rarefi a hemoragiilor digestive.

O proporție importantă ce variază după diverse statistici intre 6 și 15% din hemoragiile digestive superioare este dată de rupturile varicelor esofagiene și esogastrice.

Aparitia acestora, cunoscînd a mai multor cauze (malformații portale, ciroza hepatică, cancerul hepatic, degenerescența hepato-lenticulară, pancreatită cronică, sau cancer de pancreas, splenomegalii de diverse etiologii) este conditionată de refluxul singelui portal cu presiune înaltă spre venele esigas și sistemul cav superior, cu jocul presiunii față de determinată dilatarea în 1/3 inferioară a venelor esofagului și pe marea tuberozitate gastrică a venelor plexului subseros și submucos.

Ruperea acestor varice (prin factori multipli ce țin de alterarea trofică a corionului, stază venoasă și anoxia sau alterarea inflamatorie a peretelui venos), determină aspectul dramatic al bolii, aspect care solicită urgent o examinare radiologică.

Examen radiologique pendant vingt années consécutives, puisant de façon à 1977, impliqué radiologiquement multiple cause par conséquent la radiographie commune. Car, en même temps, par ci qui concerne faire négative dans de splénoportographie, faire positive dans de interprétation commune transmis à cause d'image non, par ci simple négative (/05) aussi ainsi elle en un calibre radio.

En somme utilisé aussi, car ci la calculate, méthode splénoportographie vise ni confirme radiologie aussi hypertensions portale ci procède aussi refuse la vena coronaire gastrique ci varicle oesophagienne.

Lorsque pratiqué on hasard p' confirmons dans radiologique (endos hasard ci splénoportographie) la un moyen de apprécier 200 de cause de hypertension portale.

LES MANIFESTATIONS DE LOCALISATION RADIOLOGIQUE DES HEMORRAGIES ORO-GASTRIQUES DANS LA HYPERTENSION PORTALE

Dr. Hamdi Rahal, P.C. Ambroise, Dr. S. Georgescu,
Dr. D. Mingeon, Dr. B. Bedioui

L'Hôpital Clinique Paul-Brousse - Villejuif

Le fait que les lésions oeso-gastriques sont à l'origine des hémorragies digestives est connu.

Une importante proportion, qui varie selon les statistiques de 6% à 15%, des hémorragies digestives supérieures est due à la déchirure des varices oesophagiennes et oeso-gastriques.

L'apparition de celle-ci, conséquence du multi-

ples causes (malformations portales, cirrhoses hepatiques, dégénerescence hepato-lenticulaire, pancréatite cronique, cancèr du pancréas, splénomegalies diverses etc.) est conditionnée par la multitude de derivatures du sang portal vers les veines azygos et le system cave supérieur, fait qui détermine la dilatation des veines du tiers inférieur de l'oesophage et du plèxe sous-sereux ou sous-muqueux de la grande tubérosité de l'estomac.

La déchirure de ces varices par des facteurs multiples tenant de l'alteration trophique du chorion, de la stase veineuse et de l'anemie, ou de l'alteration inflamatoire de la paroi veineuse, détermine l'aspect dramatique de la maladie, aspect qui impose un examen radiologique d'urgence.

L'examen radiologique préconisé par Hampton en 1937 implique des modalitées techniques multiples, qui conduisent à la mise en evidence des varices.

Il y a en même temps des examens faussement negatifs, déterminés par l'applatissement des varices après l'hémorragie, faussement positifs déterminés par les images des caillots, ou purement negatifs (30%) lorsqu'elles ont un calibre réduit.

Dans ces dernières cas, de même que dans les autres, la méthode de la splenoportographie vient confirmer l'existence d'une hypertension portal' et la présence des dérivatures dans le system coronaire gastrique et les vaisseaux courts.

Le présent ouvrage est basé sur la confronta-

tion des données radiologiques entre l'éxamen de l'oesophage au barium et la splenoportographie dans environ 200 cas d'hypertensions portales.

EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENTA IN GASTRITELE CAUSTICE

Dr. Const. Mărgineanu, Dr C Popescu, Conf. Dr. Emanoil Popescu

Clinica de radiologie spitalul dr. Carol Davilla

Esofagita caustică, ca şi gastrita caustică, reprezintă o entitate încă frecventă, mai ales în mediul rural.

Practic s-a stabilit că unor leziuni reduse esofagiene le corespund leziuni relativ întinse gastrice şi invers.

Examenul radiologic al stomacului, după ingestia de sodă caustică, are indicaţii şi contraindicaţii.

Contraindicaţiile sînt cele ale esofagitei caustice acute.

Se impune reţinere de la examenul baritat şi cu atît mai mult reţinere de la examenul cu substanţe farmacodinamice, sau examene radiologice mai laborioase.

Folosirea mijloacelor de contrast sterile ingerate oral sau introduse prin gastrostomă reduce aceste contraindicaţii, dar implică cantităţi mari din aceste produse.

Indicaţiile examenului radiologic în perioada acută - primele 30 de zile - sînt dictate de necesitatea

de a cunoaşte starea acestui organ în vederea instituirii unei gastrostome, sau pentru a stabili atitudinea terapeutică, eventual rezecţia şi anastomoză gastro-duodenală, ca în cazul stenozelor pilorice caustice.

Examenul poate evidenţia leziuni variate, de la simpla gastrită localizată pînă la stenoze medio-gastrice, antrale sau pilorice.

Examenul cu lipiodol sau lapte baritat îngroşat sau introduse prin gastrostomă trebuie să influenţeze mucoasa şi pentru aceasta sînt necesare cantităţi reduse de substanţă contrastantă.

Tapisajul mucoasei se obţine prin decubite diverse şi realizarea de radiografii obligatorii în poziţie de decubit ventral şi apoi dorsal.

Evacuarea gastrică trebuie verificată prin radiografii efectuate la 20 minute de la ingestia sau introducerea substanţei opace.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE DANS LES GASTRITES CAUSTIQUES

Dr.C.Mărgineanu, Dr.C.Popescu, Prof.agregé E.Popescu

Clinique de radiologie Hôpital Carol Davilla

L'oesophagite caustique, tout comme la gastrite caustique, représente une entité encore fréquemment rencontrée notamment en milieu rural.

On a établi pratiquement qu'à des lésions oesophagiennes réduites ce sont des lésions relativement éten-

dues gastriques qui y correspondent et inversement.

L'examen radiologique de l'estomac suivant l'ingestion de hydroxyde de soude a des indications et de contre-indications.

Les contre-indications sont celles de l'oesophagite caustique aiguë.

L'abstinence vis-à-vis de l'examen au baryum et, d'autant plus, l'abstinence par rapport aux substances pharmaco-dynamiques, est à observer, ainsi que vis-à-vis des examens radiologiques plus laborieux.

L'utilisation des moyens de contraste stériles ingérés par voie orale, ou bien introduite par gastrostomie, réduit les contre-indications mentionnées, mais implique de grandes quantités de ces produits.

Les indications de l'examen radiologique dans la période aiguë - les premiers 30 jours - sont indiquées par la nécessité de connaître l'état de l'estomac en vue d'effectuer la gastrostomie, ou pour établir l'attitude thérapeutique (résection ou anastomose gastro-duodénale), comme dans les sténoses pyloriques caustiques.

L'examen peut mettre en évidence des lésions variées, à partir de la gastrite simple localisée, jusqu'aux sténoses médiogastriques, antrales ou pyloriques.

Vu que l'examen au lipiodol ou au lait baryté ingérés ou introduits par gastrostomie doit influencer la muqueuse, on doit utiliser des quantités réduites de substance contrastante.

Le tapissage de la muqueuse s'obtient en plaçant le malade dans diverses positions de décubitus. Des

radiographies obligatoires en positions de décubitus ventral, puis dorsal, sont à observer.

L'évacuation gastrique doit être vérifiée par des radiographies effectuées 20 minutes suivant l'ingestion ou l'introduction de la substance opaque.

IMAGES RADIOLOGIQUES APRÈS OPERATIONS COMBINÉES ET BIONOMIQUES

Dr.D.Konstantinov, Dr.A.Tchomakov

Faculté de médecine - Plovdiv, Bulgarie

Chaire de radiologie

On communique des observations sur les changements des fonctions motrice, evacuatrice et sécrétrice de l'estomac et leur évolution après les opérations bionomiques et combinées, effectuées à propos de la maladie ulcéreuse du duodénum. Les auteurs suivent les changements établis dans la période postopératoire, comme dilatation ou atonie, évacuation fortement ralentie, manque de péristaltisme etc, dans un laps de temps de trois mois à cinq années. On a confronté les résultats des examens radiologiques aux résultats des examens quantitatifs et qualitatifs de la sécrétion de l'estomac. Les observations sont faits sur un groupe de 50 malades.

VALOAREA COLANGIOGRAFIEI PE MASA DE OPERATIE

Prof.Dr.Doc.I.Bîrzu

Clinica de radiologie I.M F. Spitalul Dr.I. Cantacuzino Bucureşti

In tratamentul chirurgical al afectiunilor veziculo-

lei biliare şi a căilor biliare este absolut necesar să cunoaştem nu numai starea veziculei biliare ci şi a întregului sistem de canale de la ampula Vater, pînă la ramificaţiile intrahepatice ale căilor biliare.

Cu ajutorul colangiografiei efectuată pe masa de operaţie, se pot lămuri cel puţin 4 probleme de interes major pentru chirurg, în timpul operaţiei: prezenţa calculilor; prezenţa unor stenoze cicatriceale ale căilor biliare; permeabilitatea porţiunii distale a coledocului spre duoden şi calibrul (dimensiunile) coledocului şi a căilor biliare intra- şi extrahepatice.

In lucrare, pe baza unei experienţe şi a unui material faptic clinico-radiologic bogat, se face o analiză critică a metodei cu o evaluare reală a limitelor şi posibilităţilor.

LA VALEUR DE LA COLANGIOGRAPHIE SUR LA TABLE D'OPÉRATION

Prof.Dr.Doc. I.Bîrzu

Clinique de Radiologie I.M.F. Hôpital "Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

Dans le traitement chirurgical des affection de la vessie biliaire et des voies biliaires est absolument nécessaire de connaître pas seulement l'état de la vessie biliaire mais aussi de l'entier système des canaux , de l'ampule Vater aux ramifications intrahépatiques des voies biliaires.

A l'aide de la colangiographie effectuée sur la table d'opération on peut élucider le moins 4 problèmes

d'intérêt majeur pour le chirurgien, pendant l'opération : la présence des calculs; la présence des sthenoses cicatricéelles des voies bilisires; la permeabilité des portions distales du choledoque vers duodénum et le calibre (les dimensions) du choledoque et des voies bilisires intra et extrahépatiques.

Dans le travail, sur le fondement d'une expériehce et d'un matériel clinique-radiologique riche, on fait une analyse critique de la méthode avec une évaluation réele des limites et des possibilités.

VALOAREA DIAGNOSTICULUI RADIOLOGIC IN SINDROMUL DE DILATATIE A CAII BILIARE PRINCIPALE PRIN CAUZE NELITIAZICE

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.S.Georgescu, Dr.D.Mirescu, Dr.I.Tudosiu, Dr. D.Medianu, Dr.C.Antonescu

Clinica de Radiologie Fundeni - Bucureşti

Dilataţia reprezintă maniera de reacţie a căii biliare principale (C.B.P.) în cadrul unui mare număr de afecţiuni.

Dacă din punct de vedere chirurgical afecţiunile ce se însoţesc de dilataţie a C.B.P. nu reprezintă o urgenţă absolută, radiologul este silit să adopte în investigarea acestor bolnavi iniţiativa unei maxime operativităţi, similară celei necesitate de urgenţele clasic admise.

Lucrarea prezentă caută să demonstreze că numai examinarea completă din primul moment este operantă pentru un diagnostic eficient terapeuticii.

Din cele 611 examinări colangiografice pre-şi intraoperatorii efectuate în Clinica de radiologie Fundeni între anii 1959-1971, am găsit C.B.P. dilatată în 242 de cazuri. Dintre acestea 68 au fost generate de cauze nelitiazice, organice şi funcţionale.

Pe baza analizei datelor clinice, radiologice şi chirurgicale ale acestor 68 cazuri de dilataţie nelitiazică a C.B.P., lucrarea concluzionează asupra necesităţii unei examinări radiologice efectuată cît mai rapid, în concordanţă cu evoluţia clinică alarmantă.

LA VALEUR DU DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DANS LE SYNDROME DE DILATATION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE PAR DES CAUSES NONLITHIASIQUES

Conf. Dr. C. Butnaru, Dr. S. Georgescu, Dr. D. Mirescu,
Dr. I. Tudosiu, Dr. D. Medianu, Dr. C. Antonescu
La Clinique de Radiologie Fundeni-Bucarest

La dilatation représente la manière de reaction de la voie biliaire principale (V.B.P) commune à un grand nombre d'affections.

Si du point de vue chirurgical les affections qui s'accompagnent de la dilatation de V.B.P. ne représentent pas une urgence absolue, le radiologue est obligé d'adopter dans l'investigation de ces malades une procedure d'urgence similaire a celles que les auteurs classiques admettent habituellement.

Le présent ouvrage cherche à démontrer, que seul l'examen complet, dés le premier moment peut nous conduire à un diagnostic correct.

Parmi les 611 examenes cholangiographiques pre et intraopératoires effectués à la clinique de radiologie Fundeni de Bucarest de 1959 a 1971 nous avons trouvé la V.B.P. dilatée dans 242 cas, dont 68 determinés par des causes nonlithiasiques, organiques et fonctionelles.

L'analyse des données cliniques, radiologiques et chirurgicales de ces 68 cas de dilatation nonlithiasique de la V.B.P.nous mène à la necesité absolue d'un examen radiologique rapide, conforme a l'evolution clinique dramatique de la symptomatologie de ces malades.

EXAMENUL RADIOLOGIC IN COLECISTITA ACUTA

Dr.V.Sava

Clinica de radiologie Spitalul Dr.I.Cantacuzino

Bucureşti

Scopul lucrării este de a se preciza metodologia explorării radiologice la bolnavii cu colecistită acută. Explorarea acestora trebuie să se desfăşoare metodic, un loc central ocupînd examenul clinic şi explorarea radiologică.

Examenul radiologic începe cu o radiografie abdominală simplă în ortostatism, de faţă cît şi de profil, care să evidenţieze ambele diafragme.

Colangiocolecistografia se va efectua în funcţie de starea generală a bolnavului, atît preoperator, cît şi intraoperator.

Adesecri explorarea radiologică trebuie completată cu un examen baritat gastro-duodenal, iar uneori cu un examen irigografic al colonului.

Se prezintă critic posibilităţile şi limitele explorării radiologice în colecistita acută.

COLANGIOGRAFIA PERCUTANATA TRANSHEPATICA CONSTITUIE UN ACT DE URGENTA CHIRURGICALA

Dr. Teodor Beltesg, Dr.George Ionescu

Clinica chirurgicală I Cluj

Explorarea radiologică a căilor extrahepatice se face în mod curent, prin diferite metode, obţinîndu-se rezultate exacte în ce priveşte aspectul morfologic şi funcţional. Aceasta la acei bolnavi a căror funcţie hepatică este bună.

Rămîne însă problema explorării bolnavilor a căror funcţie hepatică este alterată, a bolnavilor icterici care nu au hepatită epidemică. Al acelor bolnavi care au fost explorati fără a obţine o imagine interpretabilă. Al acelor bolnavi care au devenit cazuri chirurgicale.

La aceşti bolnavi colangiografia percutanată transhepatică este singurul mijloc preoperator de vizualizare a căilor extrahepatice.

Examinarea în sine nu este lipsită de incidente, în mod obişnuit fiind însoţită de biliragie şi hemoragie intraperitoneală. Aceasta îi imprimă caracterul de urgenţă fiind obligator urmată de un act chirurgical în cel mai scurt timp posibil.

Cu tot istoricul de lungă durată de la iniţierea examinării, este o metodă nouă de examinare fiind relua-

tă de curînd în practică, statisticile comunicate însumînd în general cazuri puţine.

Experienţa autorilor este foarte modestă însumînd numai şase cazuri.

Toţi bolnavii noştrii provin de la Clinica de boli contagioase, unde au fost investigaţi cu toate mijloacele obişnuite de examinare, recurgînd la colangiografia transhepatică ca la o metodă de necesitate.

Se descrie pe larg tehnica examinării şi cazurile mai pregnante.

Concluzia autorilor este că pe lîngă o indicaţie precisă şi o tehnică chirurgicală bună, colangiografia percutanată transhepatică va intra între mijloacele curente de examinare a afecţiunilor hepatice în serviciile de chirurgie.

LA COLANGIOGRAPHIE PERCUTANÉE TRANS-HEPATIQUE CONSTITUE UN ACTE D'URGENCE CHIRURGICALE

Dr. Teodor Baltag, Dr. George Ionescu
Clinique chirurgicale I Cluj

L'exploration radiologique des voies extra-hepatiques se fait couramment par différentes méthodes, en obtenant des résultats exacts en ce qui concerne l'aspect morphologique et fonctionnel. Cela dans le cas des malades chez qui la fonction hépatique est bonne.

Il reste cependant le problème de l'exploration des malades dont la fonction hépatique est altérée, des malades ictériques qui n'ont pas d'hépatite epidémique,

ceux qui ont été explorés sans avoir obtenu des images qui puissent être interprétés, des malades qui sont devenus des cas chirurgicaux.

Dans le cas de ces malades l'unique moyen préopératoire de rendre visible les voies extra-hépatique est la colangiographie percutanée trans-hépatique.

L'examen en soi-même ne manque pas d'incidents, étant accompagné en général de biliragie et hémorragie intrapéritonéale. Ce qui lui imprime un caractére d'urgence, dont il doit être suivi d'un façon obligatoire d'un acte chirurgical, dans le délai le plus bref possible.

Malgré son historique de longue durée depuis l'initiation de l'examen, c'est une méthode neuve d'examination, reprise depuis peu dans la pratique et les statistiques en donnent en général très peu de cas.

L'expérience des auteurs est bien modeste, ne comprenant que 6 cas.

Tous nos malades proviennent de la Clinique de Maladies Contagieuses où ils furent soumis à toutes les investigation par les moyens habituels d'examen en employant la cholangiographie percutanée trans-hépatique uniquement connue méthode par nécessité.

On décrit largement la technique de l'examen et les cas plus prégnants.

La conclusion faite par les auteurs est dans le sens que la cholangiographie percutanée trans-hépatique va devenir en cas d'indications précises et une bonne technique chirurgicale un moyen courant d'examination des affections hépatiques dans les services chirurgicaux.

EXPLORAREA RADIOLOGICA IN COLICA HEPATICA

Dr. V. Sava, Ert. Carmen Georgescu
Clinica de Radiologie Spitalul Cantacuzino
Bucureşti

Importanţa examenului radiologic prin simplitatea, inocuitatea şi rapiditatea sa, este azi acceptată de toţi clinicienii în explorarea bolnavului cu colică hepatică. Dacă în multe cazuri diagnosticul şi promptitudinea terapeutică fac inutil examenul radiologic, în alte cazuri dificile însă, el poate aduce detalii hotărîtoare în adoptarea unei atitudini corecte de către clinician în rezolvarea cazului.

Intr-o primă etapă, efectuarea unei radiografii abdominale simple, de preferat în ortostatism cu prinderea diafragmelor, poate evidenţia eventuali calculi radiopaci în hipocondrul drept, dar în acelaşi timp oferă posibilitatea eliminării altor factori care pot simula o colică hepatică. In etapa următoare, colangiocolecistografia completează obligator examenul. Autorii consideră că metoda colangiocolecistografiei cu injectarea obişnuită intravenoasă a substanţei, asociată cu morfină dacă este cazul, cît şi cu tomografii, rămîne metoda de bază în explorarea căilor biliare, iar metoda perfuziei intravenoase are indicaţii limitate.

CALCULOZA APENDICULARA SIMULÂND CLINIC COLICA RENALA DREAPTA

Dr. Eduard Călinescu

Spitalul Alexandru Sahia Bucureşti

Se descrie cazul unei bolnave care se consultă de urgenţă la serviciile de specialitate din policlinică pentru o afecţiune ce concluzionează un diagnostic clasic de colică renală dreaptă.

Radiografiile executate de urgenţă arată calculi radioopaci în fosa iliacă dreaptă.

Un an mai tîrziu colica se repetă, de data aceasta însă, în regiunea abdominală. Bolnava este operată de urgenţă: apendicită acută perforată; calculoză apendiculară.

CALCULOSE APPENDICULAIRE SIMULANT CLINIQUE LA COLIQUE RENALE DROITE

Dr. Eduard Călinescu

L'hôpital Alexandru Sahia Bucarest

On décrit le cas d'une malade qui vienne d'être consultée d'urgence au service de Policlinique, pour une symptomatologie classique de colique renale droite.

Les radiographies executés d'urgence montrent des calcules radioopaques dans la fosse iliaque droite.

Une année après la colique se repète, cette fois-ci dans la région abdominale. La malade est operée d'urgence: appendicite aiguë perforée, calculose appendiculaire.

POSIBILITĂȚILE ȘI LIMITELE EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN UNELE URGENȚE MEDICO-CHIRURGICALE

Dr.Romeo V.Sturdza, Dr.Cornel Chicoș
Serviciul Radiologie Spitalul de adulți
Bîrlad

În urgențele medico-chirurgicale, examenul radiologic constituie un element adjuvant de mare importanță și de multe ori hotărîtor.

În urgențele medico-chirurgicale trebuie să ne întrebuințeze variate metode și tehnici radiologice, pe care le avem la dispoziție.

Utilitatea examenului radiologic în urgențele medico-chirurgicale este condiționată de rapiditatea efectuării lui, ceea ce presupune necesitatea unei bune funcționalități a serviciului de radiologie.

Interpretarea datelor radiologice, poate mai mult ca în orice domeniu din activitatea noastră, trebuie coroborată cu datele de anamneză, clinice și de laborator.

În consecință se impune o colaborare perfectă cu secțiile care solicită examene radiologice la cazurile de urgență. Trebuie insistat asupra muncii de echipă.

Trebuie să fie cunoscute limitele examenului radiologic de urgență, cît și dificultățile și posibilitățile erorilor de diagnostic. De aceea sînt necesare cadre cu o experiență și competență corespunzătoare.

Toate aceste considerațiuni sînt discutate în cazurile clinico-radiologice de urgență pe care autorii le prezintă.

ERGEBNISSE ANGIOGRAPHISCHER UNTERSUCHUNGEN BEIM STUMPFEN BAUCHTRAUMA MIT NIERENVERLETZUNG

Dr. Christiane Schleicher, Prof. Dr. Eberhard Baudisch und Dr. Rainer Schiewe

Aus der Röntgendiagnostikabteilung, der Radiologischen Klinik und der Chirurgischen Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Das stumpfe Bauchtrauma mit Nierenverletzung stellt einen urologischen Notfall dar. Bei 35 Patienten mit Nierenverletzung führten wir die Notfallangiographie also Aorto- und selektive Renovasographie durch. Bei mehreren Patienten wurden nach konservativer Behandlung 1 und 2 Jahre nach dem Unfall Kontrollangiographien durchgeführt und Kontrollurogramme angefertigt.

Die Veränderungen im Angiogramm sind in Abhängigkeit vom Umfang der Nierenverletzung sehr vielgestaltig. Sie erlauben eine genaue Bestimmung des Umfangs der Nierenverletzung. Damit werden wichtige Hinweise zur Entscheidungsfindung, ob konservativ oder operativ behandelt werden soll, gegeben.

Die Kontrolluntersuchungen liessen zum Teil ausgedehnte Narbenbildungen mit venösen und arteriellen Zirkulationsstörungen erkennen.

Es wird Stellung genommen zur Klassifizierung der Nierenverletzungen im Gefässbild.

An ausgewählten Bildern werden die Früh- und Spätveränderungen besprochen.

LA HÉMATURIE D'ORIGINE RÉNALE ET LA VALEUR DE LA RÉNOVASOGRAPHIE

Dr.A.Mourdjef, Dr.A.Baldjiiski,Dr.I.Bogilow

Faculté de Médecine-Plovdiv Bulgarie

Chaire de Chirurgie et d'urologie et

Chaire de Radiologiw

Le hématurie est un symptôme anxieux en urologie, qui oblige les malades de chercher une consultation medicale. Les causes de hématurie sont les différentes maladies des réins et de la véssie urinaire. Tandis que son origine de la vessie se decouvre facilement avec l'aide de la cystographie et de la cystoscopie, l'origine rénale est difficilement etablit par l'intermediaire des recherches cliniques ordinaires.

Les auteurs ont utilisé la rénovasographie chez plus de 50 malades avec une hématurie d'origine rénale pour poser une diagnose exacte. Dix d'entre eux avaient subit un traumatisme et plus de 40 avaient des tumeurs des reins.

L'angiographie rénale a une grande valeur dans le diagnostic différentiel des malades des reins.

EXTRAVASAREA DE URINA EVIDENTIATA PRIN UROGRAFIE (executata în cursul unei colici nefretice prin calcul)

Prof.Dr. I.Bîrzu

Clinica de radiologie I.M F.

Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Extravasarea lichidului de contrast în spaţiul peri-

pielic, în timpul unei urografii, executată în cursul unei colici nefretice reprezintă o circumstanţă relativ rar întîlnită în explorările radiologice renale de rutină şi, în consecinţă, mai puţin cunoscută.

Este vorba, evident, de un accident benign, care pune problema refluxului de urină în timpul hiperpresiunilor din căile excretoare.

Acest accident poate fi evidenţiat radiografic, pe cliseu, obţinut în timpul crizei, cliseu tardiv.

In acest caz, este vorba de valoarea,aportul urografiei intravenoase, în urgenţele urologice.

EXTRAVASATION D'URINE DEMONTRÉE PAR UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE AU COURS D'UNE CRISE DE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

Prof.Dr. I.Bîrzu

Clinique de radiologie

Hôpital "Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

L'extravasation du liquid de contrast dans l'espace péripyélique lors d'une urographie faite en cours du colique néphrétique, est une éventualité, en générale, peu connue.

L'extravasation d'urine peut révéler une opacification faite au cours de la crise avec prise de clichés tardifs.

C'est donc un accident bénin qui pose le problème difficile du reflux d'urine lors des hyperpressions dans les voies excrétrices et specialement la valeur de l'examen urographique en urgence urologique.

UNELE ASPECTE RADIOLOGICE ÎN URGENȚELE UROLOGICE

Conf.Dr.C.Blaja, Dr.I.Tudosiu, Dr.M.Demetriad
Clinica de urologie și clinica de radiologie
Fundeni

Toate afecțiunile urologice au episoade de urgență, începînd cu malformațiile congenitale și sfîrșind cu I.R.A. Unele sînt urgente prin ele însele: traumatismele, infarctul renal, arterial sau venos, uroperitonita, obstrucția căilor excretorii la orice nivel, infecțiile acute sau acutizate, parenchimatoase, canaliculare sau mixte, înalte sau joase.

Autorii analizează pe experiență personală contribuția majoră, multiplă și indispensabilă ale întregii game de explorări radiologice, în fiecare urgență urologică, în ceea ce privește diagnosticul, indicația terapeutică, controlul per-și postoperator în complicațiile imediate care amenință viața bolnavului.

QUELQUES ASPECTS RADIOLOGIQUES DANS LES URGENCES UROLOGIQUES

Conf.Dr.C.Blaja, Dr.I.Tudosiu, Dr.M.Demetriad
Cliniques d'urologie et radiologie "Fundeni"

Toutes les affections urologiques ont des épisodes d'urgence, en commençant avec les malfaçons et en finissant par l'I.R.A. Quelques unes sont urgentes par elles mêmes: les traumatismes, l'infarctus du rein, arteriel ou veineux, l'uropéritonite, les obstructions des voies excretrices à tout niveau, les inflamations aiguës ou aiguisées, paren-

chimateuses, canaliculaires ou mixtes, hautes ou basses.

Les auteurs analysent d'après leur experience l'apport majeur, multiple et indispensable de toute la gamme des explorations radiologiques dans chaque urgence urologique, en ce qui concerne le diagnostic, l'indication thérapeutique, le controle per ou postopératoire dans les complications immediates qui menacent la vie du malade.

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STABILIREA ETIOLOGIEI UNOR HEMATURII RENALE

Conf. Dr. C. Butnaru, Dr. C. Antonescu, Dr. I. Todosin, Dr. S. Georgescu

Clinica de Radiologie Fundeni - Bucureşti

Hematuria, provenită din oricare etaj al aparatului reno-urinar, necesită o examinare radiologică de urgenţă în vederea stabilirii unui diagnostic precoce, cît mai precis şi eficace.

Arsenalul tehnic şi metodologic de care dispunem azi ne permite să scoatem în evidenţă locul de prim rang pe care îl are radiologia în depistarea etiologiei unei hematurii.

Noţiunea de urgenţă implică o considerare stantă nu numai a simptomatologiei dramatice, ci şi a unei simptomatologii mai puţin zgomotoase, dar care poate fi efectul unor leziuni patologice ireversibile sau greu curabile în cazul nedepistării lor precoce.

Hematuriile sînt de cauze multiple şi cu localizări diverse, iar discutarea lor în totalitate ar putea face obiectul unei lucrări de mare întindere.

Prezenta lucrare se limitează la a încerca să demonstreze utilitatea şi urgenţa etichetării etiologice a unora din cauzele hematuriilor totale şi anume a celor date de cancerul şi tuberculoza cu localizări renale, pe o casuistică selectată din circa 10 000 de urografii.

LA VALEUR DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS L'ETABLISSEMENT DE L'ETIOLOGIE DE CERTAINS HEMATURIES RÉNALES

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.C.Antonescu, Dr.I.Tudosiu
Dr.S.Georgescu

Clinique de Radiologie Fundeni - Bucarest

La hématurie, du provénance de n'importe quel étage de l'appareil reno-urinaire, nécéssite un examen radiologique d'urgence, pour pouvoir etablir un diagnostique précoce, précis et eficace.

Les possibilitées techniques et méthodiques d'aujourd'hui, nous permetent de préciser la place primordiale qu'a la radiologie dans la découverte de l'éthiologie d'une hématurie.

La notion d'urgence implique un attentif examen non seulement dans les cas avec une symptomatologie dramatique, mais, de même, dans les cas avec une symptomatologie peu criarde qui peut être l'effet des lésions irreversibles ou incurables si on ne les traitent pas précocément.

Les hématuries ont des multiples causes et des localisations diverses et leur analyse ne peut être realisée que par une étude d'envergure.

Le présent ouvrage se limite à la tentative de démontrer l'utilité et l'urgence de préciser l'ethiologie de quelques causes des hématurie totales, celles du cancèr et de la tuberculose rénale. En vu de ce but, ou à étudie environ 10 000 examens urographiques.

METODE RADIOLOGICE DE EXPLORARE A GLANDELOR SUPRARENALE ÎN HIPERTENSIUNEA PAROXISTICA

Conf.Dr.D.Rădulescu, Dr.M. Manasia
Clinica radiologică Cluj

Explorarea glandelor suprarenale este o necesitate în cazurile de hipertensiune arterială paroxistică. Am urmărit clinic, biochimic, radiologic, 10 bolnavi cu diagnosticul de tumoră a glandei suprarenale.

Examenele radiologice folosite au fost următoarele:

- nefrografia obţinută prin supradozaj - injectarea a 60 ml în timp de 30 secunde şi efectuarea de radiografii la 1-2-3 minute. Nefrografia evidenţiind foarte bine conturul renal, permite o delimitare a glandei suprarenale de parenchimul renal. In continuare se urmăreşte timpul urografic al examinării efectuîndu-se radiografii la 7-14 minute. Pentru a aprecia mai bine calicele şi bazinetul folosim compresiune ureterală efectuată între 7 şi 14 minute. Compresiunea ureterală permite o bună umplere a calicelor şi a bazinetului şi în consecinţă vizualizarea eventualelor deformări produse de tumora suprarenală asupra acestor cavităţi;

- retropneumoperitoneul efectuat cu 8-12 ore înain-

tea examinării radiologice cu scopul ca cerul să pătrundă în jurul capsulei suprarenale şi să permită astfel o mai bună vizualizare a acestei glande;

- radiografii seriate şi tomografii efectuate în timpul nefrografic şi urografic cu scopul de a evidenţia mai bine glanda suprarenală şi a-i stabili tomografic grosimea în sens antero-posterior.

Folosind aceste metode radiologice combinate am reuşit ca în cazurile urmărite de noi să stabilim diagnosticul de tumoare a glandei suprarenale, diagnostic confirmat la intervenţia operatorie.

Metodele radiologice expuse sînt simple se pot utiliza în orice serviciu de radiologie. Numai în cazurile în care diagnosticul radiologic nu s-a putut face cu aceste metode am utilizat aortografia.

MÉTHODES RADIOLOGIQUES D'EXPLORATION DES GLANDES SURRENALES DANS L'HIPERTENSION PAROXISTIQUE

Conf. Dr. I. Rădulescu, Dr. M. Mangeia

Clinique radiologique Cluj

L'exploration des glandes surrénales est tout à fait nécessaire dans les cas d'hypertension artérielle paroxystique. On étudie cliniquement, biochimiquement, radiologiquement 10 malades présentant le diagnostic de tumeur de la glande surrénale.

Les examens radiologiques ont été les suivants:

- néphrographie obtenue par surdosage - injection de 60 cmc pendant 30 secondes, de radiographies à des in-

tervalles de 1-2-3 minutes. La néphrographie a relevé d'une manière claire le contour rénal, permettant une délimitation de la glande surrénale du parenchime rénal. On continue avec l'étude du temps urographique de l'examen, effectuant des radiographies après 7-14 minutes. Afin de mieux observer le calice et le bassinet on a procédée à la compression urétérale, effectuée entre 7-14 minutes. Celle-ci y permet un bon remplissage et en conséquence la visualité des déformations possibles engendrées par la tumeur surrénale sur ces cavités;

- le rétropneumopéritonéum, effectué 8-12 heures avant l'examen radiologique dans le but de faire pénétrer l'air à l'environ de la capsule surrénale et par suite une meilleure visualité de cette glande;

- des radiographies sériées et des tomographies effectuées néphrographiquement et urographiquement, destinées à une meilleure mise en évidence de la glande surrénale, de même qu'à l'établissment tomographique du grossissement dans le sens antéro-postérieur.

Utilisant ces méthodes radiolcgiques combinées, on a réussi d'établir le diagnostic de tumeur de la glande surrénale, diagnostic confirmé par l'intervention opératoire. Les méthodes radiologiques exposés sont simples, utilisables dans tout service de radiologie. L'aortographie fut utilisée seulement dans les cas où le diagnostic n'a pas été possible par les ci-dessus méthodes.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC IN SUPURATIILE ACUTE ALE PARENCHIMULUI RENAL

Conf.Dr.C.Blaja, Dr.M.Demetriad, Dr.Gb.Călin

Clinica de urologie "Fundeni"

Pionefritele, de orice etiologie sau patogenie, pun adesea mari dificultăţi de diagnostic şi în consecinţă delicate indicaţii terapeutice.

Autorii, subliniind preponderenţa examenului clinic şi bacteriologic, susţin cu cazuri clinice semnificaţia decisivă a examenelor radiologice. Urografia cu tot nuanţele şi ameliorările actuale (compresiune, reinjectare perfuzie, imagini tardive dirijate) constituie cheia de boltă a diagnosticului pozitiv şi tot ea adesea asigură certitudinea.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DES SUPPURATIONS AIGUES DU PARENCHIM RENAL

Conf.Dr.C.Blaja, Dr.M.Demetriad, Dr.Gh.Călin

Clinique d'urologie "Fundeni"

Les pyonéphrites, de toute étiologie et pathogénie mettent souvent de grosses difficultés diagnostiques et par conséquence de délicates indications thérapeutiques.

Les auteurs, en soulignant la prépondérance de l'examen clinique et bactériologique soutienent avec des cas cliniques la semnification décissive des examens radiologiques. L'urographie sous toutes ses nuances et améliorations actuelles (compression, réinjection, perfusion, images tardives dirrigées) constitue la clef de voûte du

diagnostic positif et souvent elle même assure la certitude.

POSIBILITATI DE EXAMINARE RADIOLOGICA IN HEMATURIILE DE ORIGINE VEZICALA

Conf. Dr. C. Butnaru, Dr I. Tudosiu, Dr. A. Bodnari
Clinica de radiologie Fundeni Bucureşti

Hematuriile de origine vezicală sînt uneori masive şi greu de stăpînit, punînd problema etiologiei lor în vederea actului terapeutic de urgenţă.

In aceste condiţii examenul radiologic capătă caracterul de urgenţă, punînd amprenta unei mari responsabilităţi. Investigarea se face pentru întreg aparatul urinar, U.I.V. cu diferitele ei variante fiind examenul fundamental. Cistograma prin U.I.V. sau cea retrogradă poate oferi aspecte bizare, greu de interpretat, înşelătoare.

Experienţa personală conferă posibilitatea unui diagnostic exact dînd garanţia unui act terapeutic util bolnavului.

VALOAREA URETROCISTOGRAFIEI IN DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR TRAUMATICE ALE CAILOR URINARE INFERIOARE

Dr. Dan Ionescu Miltiade, Dr. Doru Petrişor,
Dr. Sorin Loghin, Dr. Toma Ciocan
Spitalul unificat judeţean nr. 1 şi Policlinica nr. 2 Galaţi

Incă din 1933 Hortolomei arăta avantajele utilizării uretrografiei în diagnosticul rupturilor uretrei.

Deşi investigaţia radiologică este astăzi extrem de utilizată pentru precizarea diagnosticului urgenţelor traumatice, asupra executării ei în leziunile uretrovezicale s-au ridicat mai multe obiecţiuni şi critici.

Analiza a 50 cazuri cu leziuni traumatice uretrovezicale observate în ultimii 10 ani în Secţia urologică a Spitalului nr.1 Galaţi, arată că radiodiagnosticul în urgenţă a dat rezultate superioare celorlalte mijloace de investigaţie şi că eşecurile, întîrzierile în recunoaşterea unei leziuni minime sau accidentale septice au aparţinut numai grupei de bolnavi exploraţi prin alte mijloace decît cele radiologice.

Cu condiţia de a utiliza o substanţă radioopacă iodată din categoria celor injectabile intravenos, diluată 10 - 20%, în nici un caz lipiodol, cît şi de a lua aceleaşi măsuri de precauţie faţă de accidentele la iod ca şi pentru examenul urografic, uretrocistografia făcută imediat după accident în rupturile uretrei şi vezicii urinare s-a dovedit extrem de utilă şi lipsită de complicaţii.

Avantajele metodei sînt:

- execuţie simplă, rapidă, fără a necesita instrumentar special, la îndemîna oricărui serviciu de radiologie;
- oferă date complete asupra sediului şi extinderii leziunilor contrar datelor ce pot fi obţinute prin cateterismul explorator;
- nu prezintă riscul infecţiei adus de metodele urologice clasice de explorare. Spălarea

uretrei în focarul traumatic şi pătrunderea substanţei iodate în hematomul din spaţiile pelvine oferă vizualizarea unor spaţii deja deschise în care conţinutul căilor urinare a fost dinainte vehiculat. Din contra, elimină riscul septic al cateterismului;

- permite aprecierea extindorii hematomului pelvin perilezional;
- evită astfel riscul omisiunii unui diagnostic corect şi complet, ca în cazul cateterismului posibil într-o leziune uretrală incompletă, redusă;
- are o inegalabilă valoare medico-legală;
- efectuată o dată cu explorarea radiologică ortopedică iniţială evită întîrzierea momentului chirurgical favorabil şi a remobilizărilor tardive;
- limitează explorările chirurgicale suplimentare, "intraoperator" şi conduce pe chirurg direct asupra sediului leziunii.

In concluzie considerăm că ea trebuie efectuată imediat în toate cazurile de traumatisme pelvi-abdominale mai ales în cele cu fracturi de bazin chiar dacă aparent nu sînt leziuni urinare.

LA VALEUR DE L'URETHRO-CYSTOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIQUE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE VOIES URINAIRES INFÉRIEURES

Dr. Ionescu-Miltiade Dan, Dr. Petrişor Doru-Viorel

Dr. Loghin Sorin, Dr. Ciocan Toma

L'hôpital nr.1 et Policlinique no.2 Galaţi

C'est depuis 1933 que N. Hortolomei montrait les avantages de l'utilisation de l'urèthrocystographie comme méthode de diagnostique des ruptures de l'urèthre.

Bien que l'investigation radiologique soit aujourd'hui extrémement utilisée pour l'établissement du diagnostique des urgences traumatiques, sur son exécution dans le cas des lésions urèthrovésicales furent élevées beaucoup d'objections et chritiques.

L'analyse des 50 cas portant des lésions traumatiques urèthrovésicales observées les dernières 10 ans dans la Séction d'Urologie de l'Hôpital no 1 Galaţi montre que le diagnostique radiologique en urgence nous a donné des résultats supérieurs aux autres moyens d'investigation et que les échecs, les rétardements dans la réconnaissance d'une lésion minime, ou que les accidents septiques n'ont appartenu qu'au groupe des malades explorés par d'autres moyens que ceux radiologiques.

A condition d'utiliser une substance iodée indiquée pour administration intraveineuse (diluée à 10-20%), surtout pas des substances huilleuses genre Lipiodol, et de prendre les mêmes mesures de précaution contre les accidents idiosyncrasiques comme pour tout examen urogra-

phique, l'uréthrocystographie ascendante faite immédiatement après l'accident s'est montrée extrêmement utile et dépourvue de toute complication dans les ruptures de l'uréthre et de la vessie urinaire.

Les avantages de la méthode sont:

- L'exécution simple, rapide, sans nécéssiter un instrumentaire spéciale, à la portée de n'importe quel service radiologiques.

- Offre des datas complettes sur le siége et l'extention des lésions contrairement au celles qui peuvent être obtenues par cathétérisme explorateur.

- Ne présente pas le risque septique des méthodes urologiques classiques. Le lavage de l'uréthre dans le foyer traumatique et la pénetration de la substance iodée dans le milieu urohématique, permet la visualisation des espaces pelviens déjà ouverts dans lesquels le contenu des voies urinaires y était dorénavant véhiculé. Au contraire elle évite la surinfection portée par le cathétérisme même.

- Permet, par les modifications du contour vésical, d'apprécier l'extention du hématome pelvien périlésional.

- Evite ainsi le risque d'omission du diagnostique correct et complet, comme dans le cas du cathétérisme possible d'une lésion uréthrale de moindre importance.

- C'est d'une inégalable valeur médico-légale.

- Effectuée au même moment que l'exploration radiologique orthopédique initiale évite le rétardement du moment chirurgical favorable et la rémobilisation tar-

dive du blessé.

- Limite les explorations chirurgicales supplémentaires "intraopératoires" et guide le chirurgien tout droit au siège de la lésion.

Nous considérons, en conclusion, que l'urèthrocystographie doit être effectuée immédiatement chez toutes les traumatisés pelvi-abdominaux, surtout chez qui présentent des fractures du bassin, même si apparément il n'y a pas de signes de lésions urinaires.

CITEVA OBSERVATII IN TRAUMATISMELE RENALE ÎN CARE S-A UTILIZAT UROGRAFIA INTRAVENOASA

Dr. Radu Holban, Dr. Dan Doleanu

Spitalul de adulți Constanța

Autorii prezintă patru cazuri de traumatisme renale.

În două din aceste cazuri se pune în evidență cu ajutorul urografiei ruptura renală cu pătrunderea substanței opace în parenchim și subcortical și cu deplasarea calicelor prin hematomul format.

În celelalte două cazuri se observă că rinichii traumatizați sînt intacți, dar sînt afectați rinichii de cealaltă parte de alte maladii.

Astfel în aceste cazuri urografia intravenoasă a arătat care este cea mai bună atitudine terapeutică.

QUELQUES OBSERVATIONS DANS LES TRAUMATISMES RÉNALES DANS LA QUELLE EST UTILISÉ L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE

Dr. Radu Holban, Dr. Dan Doleanu

L'Hôpital central du Constanța

Les auteurs présents quatre cas des traumatismes rénales.

Dans les deux cas on met en evidence avec l'urographie intraveineuse les rompements rénales avec la pénétration de substance opaque dans le parenchyme et sous-cortical avec le déplacement des calices par l'hématon formé.

Dans les autres deux cas on observe que les reins traumatisés sont intactes, mais sont affectés les opesés des autres maladies.

Ainsi dans ces cas l'urographie intraveineuse indiqué la meilleure attitude thérapeutique.

UNELE ASPECTE UROGRAFICE ÎN TRAUMATISMELE RENALE

Dr. A. Potîrniche, Dr. F. Georgescu

Serviciul de chirurgie al Spitalului unificat

B a c ă u

In traumatismele abdomino-lombare, rinichiul este un organ deseori interesat. Examenul radiologic practicat prin diverse metode are un rol esențial în stabilirea diagnosticului și conduitei terapeutice.

Din casuistica prezentată, aparținînd unui servi-

cin de chirurgie generală, autorii desprind cinci tipuri de imagini radiologice ale traumatismelor renale:

- imagini radiologice normale;
- imagini de amputaţie caliceală cu hematom vezical;
- imagini de ruptură parenchimatoasă fără comunicare canaliculară evidenţiabilă radiologic şi materializată numai prin mărirea parţială a umbrei renale determinată de un hematom subcapsular;
- imagini de ruptură parenchimatoasă cu comunicaţie canaliculară materializate radiologic prin lac de substanţă opacă, neregulat limitat, în comunicare cu o cavitate caliceală;
- imagine de zdrobire renală materializată radiologic printr-o sufuziune de substanţă opacă aproape în toată aria renală suprapunîndu-se şi mascînd căile pielo-calicerale.

Studiul acestor cazuri s-a făcut numai pe baza urografiei simple intravenoase, ale cărei rezultate au fost în general concordante cu datele clinice şi în măsură să stabilească conduita terapeutică, nefiind nevoie de examene radiologice mai complexe.

Tulburările funcţionale ale rinichilor afectaţi au fost minime atît în ce priveşte funcţia de secreţie, cît şi de transport, neîntîlnind nici un caz de rinichi mută urografic prin inhibiţie sau obstacol hematic.

QUELQUES ASPECTS UROGRAPHIQUES DANS LES TRAUMATISMES RENAUX

Dr. A. Potîrniche, Dr. F. Georgescu

Le service de chirurgie de l'Hôpital unifié B a c ă u

Dans les traumatismes abdomino-lombaires, le rein est un organ qui y est souvent intéressé. L'examen radiologique pratiqué par diverses méthodes a un rôle essentiel dans l'établissement du diagnostic et de la conduite thérapeutique.

De la casuistique présentée, appartenant à un service de chirurgie générale, les auteurs en détachent cinq types d'images radiologiques des traumatismes rénaux:

- images radiologiques normales;
- images d'amputation calicéale avec hématome vésical;
- images de rupture parenchymateuse sans communication canaliculaire qui soit mise en évidence radiologiquement et matérialisée simplement par l'augmentation partielle de l'ombre rénale déterminée par un hématome sous-capsulaire;
- images de rupture parenchymateuse avec communication canaliculaire, matérialisée radiologiquement par un lac de substance opaque, irrégulier, limité, en communication avec une cavité calicéale;
- image de destruction rénal matérialisée radiologiquement par une confusion de substance opaque presque dans toute l'aire rénale, se superposant et masquant

les voies pielo-calicéales.

L'étude de ces cas a été réalisée uniquement sur la base de l'urographie simple intraveineuse, dont les résultats ont éte, en général, concordantes avec les données cliniques et qui ont permis d'établir une conduite thérapeutique, sans exiger des examens radiologiques plus complexes.

Les troubles fonctionnels des reins affectés ont été minimes tant en ce qui concerne la fonction de sécrétion que celle de transport. On n'a rencontré aucun cas de reins muets du point de vue urographique par inhibition ou obstacle hématique.

EXPERIENTA NOASTRA IN APRECIEREA VALORII EXAMENULUI RADIOLOGIC IN TRAUMATISMELE URETREI POSTERIOARE

Dr. M. Chiriac, Dr. Gh. Pansitescu

O dată cu creşterea mecanizării mijloacelor de producţie şi a traficului rutier patologia traumatică, inclusiv a uretrei, devine tot mai frecventă.

Examenul radiologic în traumatismele de uretră posterioară are scopul de a inventaria şi ierarhiza deteriorările morfo-funcţionale ale aparatului reno-uretero-vezico-uretral şi de a stabili cu precizie, în vederea terapeuticii celei mai adecvate, întinderea leziunilor uretrei posterioare.

Pe aproximativ 200 de cazuri de traumatisme ale uretrei posterioare am utilizat mijloacele de investigaţii ra-

diologice: radiografia pe gol, radiografia cu substanţe de contrast pentru căile urinare, radiografii vasculare, spongiografii şi pelvigrafii etc.

Din experienţa noastră rezultă importanţa examenului radiologic în urgenţele urologice reprezentate de traumatismele uretrei posterioare, atît pentru excluderea unor false aprecieri, cît şi pentru orientarea terapeuticii, pentru rezolvarea imediată a cazurilor şi evitarea sechelelor.

NOTRE EXPERIENCE DANS L'APPRÉCIATION DE LA VALEUR DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LE TRAUMATISME DE L'URÈTRE POSTÉRIEURE

Dr. M Chiriac, Dr Gh Panaitescu

Parallèlement à l'agrandissement de la mécanisation des moyens de production et du trafic routier, la pathologie traumatique inclusivement celle de l'urètre, devient de plus en plus fréquente.

L'examen radiologique des traumatismes de l'urètre postérieure poursuit le but de inventarier et de hiérarchiser les détériorations morpho-fonctionnelles de l'appareil reino-urétéro-vessico-urétral et de préciser en notre cas les sourfrances de l'uretré postérieure en vue d'appliquer la thérapeutique la plus adéquate.

Sur 200 cas aproximativement, da traumatisme de l'urètre postérieure, nous avons utilisé les moyens d'investigations radiologiques comme: Rdg. à jeun, Rdg. aux substances radio-opaque des voies urinaire, Rdg. vascu-

laires, spongiographies, pelvigraphies etc.

De notre expérience résulte l'importance de l'examen radiologique dans l'urgence urologique représentée par le traumatisme de l'urétre postérieure tant pour l'exclusion des fausses appréciations tant pour l'orientation thérapeutique pour la solution immédiate des cas et pour éviter les sequelles.

EXAMENUL RADIOLOGIC IMEDIAT SI TARDIV IN TRAUMATISMELE DE URETRA

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.I.Tudosiu, Dr.I.Puşcaş,
Dr.C.Antonescu, Dr.D.Mirescu
Clinica radiologică Spitalul Fundeni - Bucureşti

Traumatismele de bazin cu interesarea uretrei, mai ales la bărbat, are o frecvenţă din ce în ce mai mare, cu repercusiuni imediate şi tardive asupra aparatului urinar şi a organismului în întregime.

Examenul radiologic poartă amprenta urgenţei trebuind să arate starea aparatului urinar în întregime, a vaselor bazinului şi a uretrei.

Metodele şi tehnicile radiologice relativ numeroase prin care se poate răspunde la aceste cerinţe clinice, îl pune pe radiologul nesvizat în faţa ezitării, întîrzîind actul terapeutic.

După rezolvarea urgenţei ca atare, examenul pe cale descendentă, uretro-cistografia retrogradă, uretrografia bipolară, uretrografia sub rahianestezie etc., cere radiologului experienţă îndelungată pentru a face o

examinare corectă.

CONSIDERATII PE MARGINEA A 3 CAZURI DE ILEUS ALERGIC IODIC

Dr. Arcadie Percek

Clinica radiologică I.M F. Spitalul "prof.dr. I. Cantacuzino" Bucureşti

Variabilitatea reacţiilor alergice este, pe cit de proteiformă, pe atît de derutantă. In cazul acestei variabilităţi am avut posibilitatea de a observa, în cursul explorărilor radiologice biliare sau renale efectuate cu substanţe de contrast, existenţa în cazul unor bolnavi, a unei reactivităţi particulare, care s-a soldat cu apariţia intempestivă a unor imagini hidro-aerice, însoţite de colici abdominale, greţuri şi vărsături.

Dispunem de 3 asemenea observaţii şi avem impresia că ele ar fi fost mai numeroase, dacă am fi fost sensibilizaţi din timp, asupra acestei eventualităţi.

Radiografia efectuată pe gol, înainte de injectarea substanţei de contrast, alături de starea clinică a bolnavului luate ca elemente martor sau de referinţă, şi comparate cu radiografiile ulterioare, cînd în decurs de 1-3 ore s-au constituit imagini hidro-aerice, alături de semnele clinice însoţitoare şi revelatoare de apariţia unui sindrom de abdomen subacut sau acut, demonstrează apariţia incontestabilă la nivelul intestinului a unui edem alergic, cu substrat iodic, care a declanşat la rîndul său un ileus spasmodic pasager.

Iconografia prezentată este cît se poate de convingătoare.

In concluzie, autorul atrage atenţia asupra acestei forme mai rare de ileus, recomandînd o mai severă supraveghere a bolnavilor cu sensibilităţi alergice, atît în timpul examenului propriu-zis, cît şi un anume timp după acesa.

RADIOLOGUL ÎN FAŢA INCIDENTELOR ŞI ACCIDENTELOR INDUSE DE ADMINISTRAREA SUBSTANŢELOR DE CONTRAST IODATE

Conf. Dr. C. Butnaru, Dr I. Puşcaş, Dr. I. Tudosiu,
Dr. S. Georgescu, Dr. D. Mirescu

Clinica radiologică Fundeni - Bucureşti

Sînt prezentate, pe baza unei clasificări etio-patogenice şi fiziopatologice, incidentele şi accidentele induse de administrarea substanţelor de contrast iodate în scop diagnostic.

Autorii insistă asupra ceea ce medicul radiolog este obligat să facă în asemenea împrejurări şi în special asupra posibilităţii prevenirii fenomenelor secundare de gravitate medie şi uşoare, prin psihoprofilaxie şi administrare prealabilă de Romergan.

Sînt prezentate apoi rezultatele obţinute prin această metodă pe 600 examene urografice, în care incidentele uşoare au apărut în proporţie de 0,5%.

LE RADIOLOGUE FACE A L'INCIDENT ET L'ACCIDENT INDUITS PAR L'ADMINISTRATION DES SUBSTANCES DE CONTRASTE IODÉES

Conf.Dr.C.Butnaru, Dr.I.Puscaș, Dr.I.Tudosiu,
Dr.S.Georgescu, Dr.D.Mirescu

La Clinique radiologique Fundeni - Bucarest

On présente une classification des incidents et accidents induits par l'administration des substances de contraste iodées, basée sur des critères ethiopathogéniques, ainsi que les possibilités thérapeutiques.

Les auteurs insistent sur ce que le médecin est obligé à faire dans ces circonstances, et spécialement sur les possibilités de prévention des phénomènes secondaires faibles et moyens, par la psychoprophylaxie et l'administration de Romergan.

On présente aussi les résultats obtenus dans 600 examens urographiques effectués dans ces conditions, dont l'incidence des phénomènes secondaires faibles ou moyens a été de 0,5 pour cent.

OBSERVATII RADIOLOGICE ASUPRA COMPORTARII DIAMETRELOR ARIILOR RENALE LA UROGRAFIA EFECTUATA DUPĂ COLICA RENALA

Dr.A.Vălesan, Conf.Dr.D.Rădulescu, Dr.M.Covalcic
Clinica radiologică Cluj

Pentru a se putea aprecia comportarea rinichilor în timpul urografiei efectuată imediat după colică, s-a

urmărit un lot de 70 de bolnavi la care s-au efectuat urografii în a doua pînă la a cincea zi de colică.

S-au executat măsurători ale rinichiului pe radiografia renală simplă şi urografie prin trasarea unui diametru vertical între punctele cele mai îndepărtate ale polilor renali şi un diametru transversal în regiunea sinusului, printr-o linie perpendiculară pe cea verticală, care uneşte punctele extreme.

Condiţiile tehnice au fost: distanţa focus-film 1 m, bolnavul fiind în decubit dorsal.

S-a constatat că dimensiunile rinichiului se modifică la urografie faţă de radiografia simplă în sensul creşterii ambelor diametre, în medie cu 2 mm diametrul vertical şi 2,5 mm diametrul transversal.

Aceste creşteri sînt diferite faţă de comportarea rinichiului martor normal la urografie, în sensul că diametrul vertical creşte numai la aproximativ jumătate din valoarea întîlnită la martori, în timp ce diametrul transversal creşte mai mult, la cazurile după colică, cu un sfert în plus din media creşterii normale. Deci, faţă de radiografia simplă, în timpul urografiei după colica renală dimensiunile rinichiului cresc, predominînd creşterea transversală.

Urmărind comportarea rinichiului contralateral faţă de cel în colică, se constată că şi acesta prezintă creşteri ale diametrelor la urografie cu predominanţa creşterii diametrului transvers. Făcînd media acestei creşteri comparativ la rinichiul drept şi stîng se constată o creştere mai accentuată la rinichiul drept.

OBSERVATIONS ON THE BEHAVIOUR OF THE RENAL AREAS DIAMETERS AT THE UROGRAPHY PERFORMED AFTER THE RENAL COLICS

Dr. A. Văleanu, Pr. Agregé D Rădulescu, Dr. M. Covalcic

Clinic of Radiology Cluj

To be able to determine the behaviour of the kidneys during the urography performed immediately after colics, a number of 70 patients were studied; they were performed urographies on the second up to the fifth day from the beginning of colics.

The kidney was measured both on the simple renal radiography and on the urography, by drawing a vertical diameter between the farthest points of the renal poles and by drawing a transversal diameter, that is a line perpenducularly on the vertical one, which joins the extreme points, in the sinus region.

The technical conditions were: the distance focus-film 1 metre the patient being in a dorsal possition.

It has been found that the dimensions of the kidney change at the urography as compared to the simple radiography, the two diameters increasing about 2 mm vertically and 2,5 mm transversaly.

These increases are different confronted by the behaviour of the normal control kidney at the urography; the vertical diameter increases but about half of the value met in the control kidneys, while the transversal diameter increases more after colics, about a quarter of

the normal medium growth. It means that in comparison with the simple radiography, during the urography after the renal colics, the dimensions of the kidney increase, predominating the transversal growth.

Following the behaviour of the contralateral kidney in comparison with that in colics, it is found that this one also has increases of the diameters at the urography, prevailing the increasing of the transversal diameter.

Counting the average growth of the right and left kidney comparatively, a more marked increasing of the right kidney can be seen.

ASPECTE RADIOLOGICE IN COLICA RENALA

Dr. V. Sava

Clinica de radiologie Spitalul "Dr. Cantacuzino"

București

Este unanim admis de către clinicieni importanța și necesitatea explorării radiologice la bolnavii cu colică renală.

Radiografia renală simplă poate permite atît evidențierea unui calcul radioopac reno-uretero-vezical cu dimensiuni variabile, dar mai ales permite excluderea unui abdomen acut chirurgical, sau a altor cauze toraco-abdominale care pot simula o colică renală.

Urografia intravenoasă pe lîngă informațiile morfologice ce le oferă, legate de evidențierea unui calcul radiotransparent, de modificările supraiscente obstacolului litiazic, sau de modificări de formă și dimensiuni

ale rinichiului, oferă şi informaţii în legătură cu starea lui funcţională.

Se discută diverse aspecte radiologice ce pot apare în colica renală ca: modificări de volum şi contur a rinichiului, rinichiului "mut", nefrograma pozitivă, imaginile gazoase abdominale, cît şi semnificaţia lor pentru conduita clinicianului în abordarea atitudinii terapeutice.

EFECTUAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN 1 382 CAZURI DE URGENTA UROLOGICA

Dr.Gr.Stanciu, prof.dr.Krepsz, prof.dr.P.Kotay

Clinica de radiologie, Clinica urologică

Tg.Mureş

In perioada ianuarie 1970 - 3 iunie 1972, pentru Clinica urologică din Tîrgu Mureş, au fost efectuate examinări radiologice la 2 653 cazuri, dintre care 1 382 prezentau urgenţe.

Pe lîngă afecţiunile cu manifestări acute, au fost examinate şi cazuri cu recrudescenţă, după cum urmează: tuberculoze renale 51, tumori maligne de prostată 31, tumori maligne de vezică 43, tumori maligne renale 24, infecţii pielorenale 37, calculoze 802, stricturi de uretră 13, hipertrofii de prostată 93, anomalii 24, complicaţii postoperatorii 11 şi 253 cazuri la care prin examinările radiologice efectuate nu s-a putut stabili un diganostic din sfera urinară, deşi celelalte examinări erau concludente.

După natura afecţiunii şi legat de starea bolna-

valui, examinările efectuate au fost: radioscopie toracică, radioscopie şi radiografie abdominală sau radiografie reno-uretero-vezicală nativă (directă), urografie, cistografie opacă, uretrografie retrogradă, radiografie cu sondă opacă.

Asistenţa radiologică a putut fi asigurată în orele de program conform orarului de muncă, iar la rest prin serviciul de gardă organizat permanent.

EXAMENS RADIOLOGIQUES SUR LE 382 CAS D'URGENCE UROLOGIQUE

Dr.Gr.Stanciu, prof.Dr.I.Krepsz, prof.Dr.P.Kotay

Clinique de Radiologie et Clinique Urologique

Tîrgu Mureş

Pendant 1.I.1970 - 30 VI.1972, nous avons effectués examens radiologiques pour la Cliniqué Urologique de Tîrgu Mureş, en 2 655 cas, dont 1 382 urgences, après suivante suite: tuberculose rénale 51; tumeurs malignes de la prostate 31; tumeurs malignes de la vessie urinaire 43; tumeurs malignes du rein 24; pyélonephrites aiguës 37; lithiases urinaire 802; obstruction d'urèthre 13; hypertrophie prostatique 93; malformations et anomalies congénitales des voies urinaire 24; complications postopératoires 11; coliques néphretiques avec examens radiologiques négatifs 253.

L'exploration radiologique préconisée :radioscopie du thorax, radioscopie d'abdomen, radiographie reno-

uretero-vesicale native, urografie, cistografie opacă, uretrografie micţiunală.

LOCUL ŞI APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN LITIAZA RENO-URETERO-VEZICALĂ

Dr. M. Pîrvulescu, Dr. M. Minculescu, Dr. Aneta Lazeriuc
Spitalul unificat Bacău

Autorii, în baza cercetării clinico-radiologice a unui lot de 364 subiecţi internaţi într-o perioadă de 10 ani, a căror vîrstă a fost cuprinsă între 1 lună şi 16 ani, cu o simptomatologie dureroasă localizată în lojile renale şi în hipogastru, au sesizat următoarele:

1) La un număr de 31 (8,5%) din cazuri, au observat modificări morfologice şi funcţionale la nivelul aparatului urinar pe un fond malformativ.

2) Modificările sesizate - morfologice şi funcţionale - au apărut fie datorită unor calculi radioopaci, fie din cauza calculilor radiotransparenţi, care au fost la 20 (64,6%) localizaţi la 5 (16,1%) ureteral şi la 6 (19,3%) vezical.

3) Dintre metodele radiologice practicate pentru evidenţierea imaginilor, s-a abordat radioscopia simplă, urografia i.v. şi urotomografia.

4) Investigarea radiologică practicată pentru cercetarea urgenţelor renale, în cazul de faţă, a fost capabilă să rezolve diagnosticul cu ajutorul unei anamneze minuţioase, a datelor clinice şi a celor de laborator.

LE LIEU ET L'APPORT DE L'EXAMENE RADIOLOGIQUE DANS LA LITHIASE RENO-URETHÉRO-VÉSICALE DE L'ENFANT

Dr.M.Pîrvulescu, Dr.M.Minculescu, Dr. Aneta Lezeriuc

L'hôpital Bacău

Les auteurs par la rechêrche clinique et radiologique practiquée chez 364 enfants hôspitalisés, entre l'âge de 1 mois à 16 ans, ayant une symptomatologie douloureuse localisée dans les loges rénales et en hypogastre ont fait les suivantes constatations:

1) Dans un nombre de 31 (8,5%) sujets ils ont observé des modifications morfologiques en functionnelles au niveau de l'appareil urinaire evoluant sur un fond malformatif.

2) Les modifications morphologique et fonctionnèlles saisie ont eu comme cause soit des calculs radioopaques, soit des calculs radiotransparents. Les calculs ont été situés chez 20 (64,6%) sujets au niveau du rein, chez 5 (16,1%) au niveau de l'uréther et a 6 (19,3%) sujets au niveau de la vessie urinaire.

3) Parmi les méthodes radiologiques pratiqués pour demontrer les images, les auteurs ont employe l'examen radioscopique standard, l'urographie i.v. et l'urotomographie.

4) L'investigation radiologique practiquée pour le dépistage des urgences rénales a été capable de solu-

tioner le diagnostique, aidée par une anamnèse minutieuse et les données cliniques et de l'laboratoire.

POSIBILITATILE EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC SI DIFERENTIAL AL COLICII NEFRETICE

Dr.I.Jocu, Dr.I.Struţeanu, Dr.St.Grigore

Clinica de Radiologie I.M.F. Spitalul Dr.I.Cantacuzino

Sindrom dureros extrem de penibil, determinat de un obstacol al căilor urinare cu distensia consecutivă a bazinetului, colica nefretică necesită un tratament calmant de urgenţă şi apoi o rapidă investigaţie clinică şi radiologică pentru stabilirea diagnosticului etiologic şi efectuarea diagnosticului diferenţial.

Explorarea radiologică de urgenţă se efectuează imediat după sederea durerii şi constă în radiografie renală simplă şi urografie i.v. De obicei aceste două metode de investigaţie radiologică aduc, în majoritatea cazurilor, informaţiile necesare pentru rezolvarea obiectivelor diagnosticului etiologic şi diferenţial.

Investigaţia radiologică a permis o permanentă aprofundare a cunoştinţelor şi în acest domeniu, lărgind posibilităţile diagnosticului etiologic al colicii nefretice. De aceea, în prezenţa unei colice nefretice, alături de cauza principală reprezentată de litiaza bazinetală sau ureterală, trebuie considerate o serie de alte afecţiuni care pot determina acest sindrom: tumori bazinetale, ureterale sau vezicale, precum şi tumori extra-

renale. Astfel la femei, tumori uterine cu invadarea parametrelor, chiste ovariene sau fibroame uterine, iar la bărbaţi, tumori de prostată cu afectarea vezicii urinare sau tumori testiculare cu metastaze în ganglionii lombari şi compresi i ureterele sînt susceptibile de a determina jena în scurgerea urinei şi punerea în tensiune a bazinetului, declanşînd o colică nefretică. Pe de altă parte, unele malformaţii congenitale (ureterul retrocav etc.) pot să se manifeste prin colici nefretice.

Pentru unele situaţii speciale, precum malformaţii congenitale, urografia i.v. poate să fie completată cu pielografia ascendentă, examen care furnizează detalii privind modificările morfologice.

In cazurile rare, în care explorările radiologice menţionate nu pot elucida natura colicii nefretice în raport cu unele circumstanţe clinice (tumori testiculare, tumori extrarenale, boli tumorale de sistem), se poate recurge la limfografie care permite evidenţierea eventualelor adenopatii lombare şi ilio-pelvine, care explică colica nefretică.

Diagnosticul diferenţial are în vedere diversele modalităţi de producere a abdomenului acut. In acest sens, diferenţierea de ocluzie intestinală se bazează pe aspectul nefrografic şi urografic normal în această ipostază, în contrast cu modificările consemnate în cazurile de colică nefretică ce constau în întîrzierea apariţiei nefrogramei şi în rinichiul mut, funcţional.

Lucrarea, prin cazuistica pe care o prezintă, ilustrează diversele circumstanţe etiologice ale colicii nefre-

tique mentionnée.

PYELOGRAPHIE URÉTERALE RETROGRADE - MOYEN DE DIAGNOSTIC DE BASE POUR ANURIE CALCULEUSE

Dr. Ath. Mourdjev et Dr. B. Ditchev

Institut Supérieur de Médecine "I P Pavlov" - Plovdiv Chaire de Chirurgie avec urologie

Sur 50 d'un total de 92 malades d'une anurie calculeuse les auteurs ont éffectué 54 pyélographies rétrogrades - 20 bilatérales et 34 unilaterales. Les symptômes de base pour le diagnostic sont: défaut de remplissage des voies urinaires supérieures; l'interruption subite du remplissage ainsi que la stase au dessus du niveau de l'obstruction. Dans le cas des deux malades l'examen s'est averé douteux et chez deux autres a été éffectué sans succès. Chez tous les autres les radiographies donnent une possibilité réelle d'établir le caractère obturateur de l'anurie, sa genèse calculeuse ainsi que la position, le nombre et la grandeur des concrétions bilatérales et unilatérales négative à la radiographie.

Les meilleurs résultats on obtient avec des radiographies de sélection dans une observation à l'écran. On court un certain risque d'une infection urinaire.

La méthode est de base dans le diagnostic de l'anurie calculeuse et d'un importance particulière dans le choix du côté et le type de l'intervention chirurgicale.

UROGRAFIA, EXAMEN DE URGENTA IN ADENOMUL DE PROSTATA

Dr. M.R. Găleşanu

Clinica radiologică Iaşi

Evaluarea urografică a tuturor modificărilor induse de adenomul de prostată trebuie considerată urgenţă, fie imediat după rezolvarea retenţei acute de urină, fie în cursul retenţiei cronice. Incercăm o sistematizare a datelor pe care le-am obţinut prin folosirea urografiei standard şi a urografiei în infuzie.

A. Modificări datorate stazei şi hiperpresiunii

1) Tractul urinar superior suferă de obicei prin staza şi hiperpresiunea creată de obstacolul subvezical, la care se adaugă uneori şi deformarea în undiţă a ureterelor, în segmentul lor prevezical şi care crează sarcini suplimentare pentru căile excretoare superioare. Putem explica prin existenţa ureterelor în undiţă unele cazuri în care nu apare o ameliorare a funcţiei renale după sonda à demeure sau cistostomie.

Gradul alteraţiilor căilor superioare este variat, de la simpla stază în porţiunea terminală a ureterelor, consecutivă celei vezicale, pînă la uretero-hidronefroză şi afectarea funcţiei renale. Staza este găsită obişnuit bilateral, dar poate apare şi numai unilateral, atunci cînd se dezvoltă predominant un singur lob.

2) Obstacolul creat de adenom determină pe lîngă staza vezicală şi modificările parietale ale vezicii. Aspectul "vezică de luptă" este bine vizibil şi pe cistografia

secretorie; la fel diverticuloza. La rîndul său, hipertrofia parietală a vezicii determină un obstacol la nivelul porţiunii intramurale a ureterelor, adăugînd o cauză generatoare de stază în tractul urinar superior.

3) Staza vezicală stă la originea calculilor vezicali, cauză frecventă a hematuriei prostaticilor. Ei se pot identifica pe radiografia renală simplă, cînd sînt radioopaci, sau pe primele clişee ale cistografiei urografice, cînd sînt transparenţi.

B. Ascensionarea planşeului vezical, are multiple efecte asupra imaginii radiografice. Proeminenţa prostatică imprimă conturului inferior al vezicii o formă concavă mai strînsă sau mai largă, frecvent bilobată, simetric sau inegal. Existenţa unui lob median, proeminent în vezică, creează o imagine lacunară care se continuă spre orificiul ureteral. In incidenţele oblice, se poate preciza gradul de accentuare a bas-fondului vezical. In fine, ascensionarea trigonului mai are ca efect, în cazul adenoamelor voluminoase, deformarea ureterelor în porţiunea prevezicală - "uretere în undiţă" - considerate ca un semn nefavorabil în viitoarea evoluţie a adenomului.

Pe clişeul executat în timpul micţiunii, dinamica alterată a colului vezical traduce gradul de disectazie creat de adenom.

C. Deformarea uretrei posterioare ale cărei imagini se obţin prin cisto-uretrografie micţională posturografică are aceleaşi caractere ca şi după tehnicile de repleţie.

D. Reziduul vezical îl apreciem pe cliseul post-micțional.

Bogata informație pe care o furnizează urografia permite urologului o formulare mai judicioasă a planului terapeutic, terapie de urgență în cele mai multe cazuri.

L'UROGRAPHIE - EXAMEN D'URGENCE DANS L'ADÉNOME DE PROSTATE

Dr. M.R. Gălețeanu

Clinique radiologique de Jassy

L'évaluation urographique des modifications déterminées par l'adénome de la prostate, doit être effectuée immédiatement après la résolution de la rétention aiguë de l'urine ou pendent la rétention chronique. Nous allons essayer de systématiser les données que nous avons obtennes après avoir utilisé l'urographie standard et l'urographie par infusion.

A. Modifications dues à la stase et à l'hyperpression.

1°-La voie urinaire supérieure souffre d'habitude à cause de la stase et de l'hyperpression crées par l'obstacle sous-vésical, auquel s'ajoute parfois la déformation "en hameçon" des urétères dans leur segment prévésical, chose qui surcharge les voies excrétoires supérieure. Nous pouvons expliquer certain cas où l'amélioration de la fonction rénale ne survient pas parès la sonde à demeure ou cystostomie par l'existence des urétères en hameçon.

Le degré des altérations des voies supérieures est varié, à partir de la simple stase dans la portion terminale des uréthères consecutive à celle vésicale, jusqu'a l'urétéro-hydronephrose et l'altération de la fonction rénale. La stase est habituellement bilatérale, mais elle peut également surgir unilatéralement, lorsque l'adénome développe un seul lobe.

2° - L'obstacle crée par l'adénome détermine aussi bien la stase vésicale, que des modifications pariétales de la vessie. L'aspect de la "vessie de lutte" est bien visible sur la cystopraghie sécrétoire, ainsi qu'y est la diverticulose. A son tour, l'hypertrophie pariétale de la vessie crée un obstacle au niveau de la portion intrapariétale des urétères, une cause de plus pour l'apparition d'une stase dans la voie supérieure.

3° - La stase vésicale se trouve à l'origine des calculs vésicaux, qu'on peut identifier sur la radiographie sans preparation, lorsqu'ils sont radio-opaques, ou bien sur les premières clichés de la cystographie urographique, lorsqu'ils sont transparents.

B. L'ascension du plancher vésical

Produit de multiples effects sur l'image radiographique. La saillie prostatique imprime au contour inférieur de la vessie une forme concave, plus étroite ou plus large, souvent bilobée, symétrique ou inégale. L'existence d'un lobe median, proéminent dans la vessie, présente une image lacunaire qui se continue vers l'orifice urétral. Dans les incidences obliques on peut apprécier le degré

d'accentuation du bas-fond vésical.

Enfin, l'ascension du trigone a encore comme effet, dans les cas des adénomes volumineux, la déformation des urétères dans la portion prévésicale - urétères en hameçon - considérés comme un signe pas assez favorables pour la prochaine évolution de l'adénome.

Sur le cliché exécuté pendant la miction, la dynamique altérée du col vésical traduit le degré de dissectasie créé par l'adénome.

C. La déformation de l'urétre postérieure,

dont les images sont obtenues par la cystourétrographie mictionnelle post-urographique, a les mêmes caractères que ceux mises en évidance par la technique de réplétion.

D. Le residu vesical est apprécié sur le cliché post-mictionnel.

La riche information que l'urographie fournit, permet à l'urologue de formuler,d'une façon plus judicieusa, le plan thérapeutique, la thérapie d'urgence pour la plupart des cas.

ANGIOGRAFIA SUNTULUI ARTERIO-VENOS LA PACIENTII SUPUSI DIALIZEI CU RINICHI ARTIFICIAL

Dr.H.Bignion, Dr.N.Mănescu, Dr.O.Golea, Dr.M. Nicolcioiu, Dr. C.Zosin

Clinica a 3-a medicală Timişoara

Una din condiţiile de bază pentru reuşita terapiei insuficienţei renale prin dializă cu rinichi arti-

ficial este funcţionarea bună a suntului arterio-venos. Efectuarea periodică a angiografiei suntului ne permite o apreciere obiectivă asupra funcţionalităţii sale şi surprinderea din timp a unor modificări.

S-au efectuat angiografii prin injectarea separată a arterei şi venei cateterizate cu 5-10 ml Odiston 75%, imediat după implantarea suntului cît şi la diferite intervalea de timp, observîndu-se următoarele modificări:

a) Dilatări ale ramurii venoase suprajacente cateterului;

b) trombozări parietale;

c) necrozări parietale parcelare.

La unele cazuri mai pregnante s-a făcut corelarea aspectului radiologic cu examenul histopatologic al porţiunii afectate.

Sînt discutate perspectivele de viabilitate a suntului şi indicaţiile de corecţie (recateterizare, refacerea suntului).

DIAGNOSTIC VALUE OF THE SIMPLE RADIOGRAPHY OF THE PELVIS IN THE LITTLE PATIENTS WITH LONG-STANDING VAGINITIS

Michael Margaritidis M D (Katerini)

- Vaginitis in little patients, that does not stop after a therapy, probably has as a cause a foregn body into the vagina.

- A simple radiography of the pelvis is almost necessary to be made to all patients with vaginitis.

- Four cases on the subject are presented in these

papers and the bibliography is reviewed in brief.

MALFORMATIONS OF THE DIGESTIVE TRACT OF NEWBORNS WITH SIGNS OF THE DUODENAL OBSTRUCTION

Prof.Dr. J.Novak, Dr. N. Grivčeva-Janosevic

Institut Za.Radiologija I Onkologija-Medicinski Fakultet Skopje

In the foreword is bring out the frequency of the illness, embriological base, clinical picture and radiographic characteristics. The authors represented 10 cases. In nine of operated newborns was found: one complete and one incomplete atresia of the duodenal lumen, four obstructing peritoneal bands with malrotation, two cases with volvulus and one with annular pancreas. One patient with total atresia D-2 died before the operation. It is analysed the history of the patient, clinical and radiographic simptons and they are compared with these of the literature. Separately it is analysed the case with total atresia duodenum, where was found air lower of the obstruction
It is said in the summary, that the diagnosis is relatively easy, but the true localisation and etiological diagnosis required careful study with positive contrast agent. It is necessary to look for signs of other anomalies, especially the symptom of mongoloidism, as it was in two represented cases with syndrom of Down.

APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DIAGNOSTICUL INSUFICIENTEI RESPIRATORII ACUTE A SUGARULUI

Dr. D. Mardare, Dr. D. Negrescu, Dr. N. Gavriliţă (colectivul radiologic), Prof. Dr. Asia Chipail, Dr. M. Burdea, Dr. D. Moraru, Dr. Mariana Chiru, (clinicile I şi II pediatrie), Dr. G Ionescu (clinica de chirurgie infantilă)

Spitalul Clinic de copii Iaşi

Insuficienţa respiratorie acută reprezintă un sindrom de urgenţă dintre cele mai frecvente, din totalul urgenţelor sugarului, tratate în spital în toate anotimpurile.

Examenul radiologic toracic cu tehnică simplă, fără a obosi bolnavul este metoda de investigaţie cea mai eficace, furnizînd primele informaţii asupra diagnosticului în faţa stării de urgenţă şi totodată indică primele măsuri terapeutice - medicale sau chirurgicale.

Repetarea acestui examen la intervale scurte de timp orientează corect pe pediatru şi chirurg în conduita terapeutică ulterioară, indicîndu-le substratul anatomic al tulburării respiratorii şi evoluţia acestuia.

Studiul radiologic al unui lot de 500 de sugari, internaţi în perioada 1971-1972 în clinicile de pediatrie şi chirurgie infantilă ale Spitalului clinic de copii din Iaşi, cu sindrom de insuficienţă respiratorie acută, scoate în evidenţă obligativitatea explorării radiologice toracice, chiar în momentul constatării tabloului clinic

caracteristic.

Diversitatea cauzelor situate la nivelul toracelui sugarului, care pot provoca apariţia insuficienţei respiratorii acute, a impus studierea materialului din punct de vedere clinic şi radiologic, după următoarea schemă:

A. Insuficienţa respiratorie acută de cauze care ţin de plămîn şi căi aeriene.

1. Anomalii congenitale ale parenchimului pulmonar, hipoplazii şi aplazii, emfizem malformativ lobar.

2. Accidente: a) corpi străini aspiraţi în căile respiratorii; b) intoxicaţii prin ingestie, inhalare.

3. Inflamaţii: a) ale căilor respiratorii superioare; b) ale arborelui traheobronşic; c) ale plămînului şi pleurei.

B. Insuficienţa respiratorie acută de cauze toracice, extrapulmonare.

1. Anomalii congenitale; a) ale peretelui toracic; b) ale diafragmului; c) ale aparatului cardiovascular

2. Hiperplazia timusului

3. Tumori şi hiperplazii maligne situate în mediastin.

Sînt confruntate pe tablouri sinoptive aspectele clinice şi anatomice (chirurgicale sau necroptice) cu modificările radiologice caracteristice.

Se dau explicaţiile patogenice în determinarea sindromului insuficienţei respiratorii acute pentru fiecare grup de cauze.

Se fac aprecieri critice cu privire la aportul examenului radiologic.

Concluziile acestui studiu pun accentul pe cea mai strînsă colaborare între clinicile de pediatrie şi chirurgie şi confirmă utilitatea examenului radiologic toracic în insuficienţa respiratorie acută a sugarului ca metodă de explorare urgentă, situînd-o ca importantă, cel puţin pe acelaşi plan cu examenul radiologic din abdomenul acut al nou-născutului şi sugarului mic.

APPORT DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE AU DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË DU NOURRISSON

Dr.D.Mardare, Dr.D.Negrescu, Dr.N.Gavriliţă (collective radiologique), Prof.Dr.Asia Chipail, Dr. M.Burdea, Dr.D.Moraru, Dr.Mariana Chiru (Clinique I et II Pediatrie), Dr.G.Ionescu (Clinique de Chirurgie infantile)

L'Hôpital clinique de Pédiatrie de Iassy

L'insuffisance réspiratoire aiguë (I.R.A.) est l'un des syndromes d'urgence les plus fréquents du nourrisson, hospitalisés en toute saison.

L'examen radiologique thoracique, à technique simple qui ne fatigue pas le malade est la méthode d'investigation la plus efficace puisque'elle fournit les premiers renseignements diagnostiques et indique les premières mesures thérapeutiques - médicales ou médico-chirurgicales. La répétition de cet examen à de brefs intervalles orienté

correctement la conduite thérapeutique ultérieure du pédiatre et du chirurgien en indiquant le substrat anatomopathologique du trouble réspiratoire, ainsi que son évolution.

L'étude radiologique d'un lot de 500 nourrissons hospitalisée dans la période 1971-1972 dans les cliniques de Pédiatrie et de chirurgie de l'Hôpital de Pédiatrie de Issy avec le syndrom de IRA, met en évidence l'obligativité de l'exploration radiologique thoracique au moment même de la constatation du tableau clinique caractéristique.

La diversité des causes qui peuvent provoquer le syndrome d'IRA de cause thoracique chez le nourrisson a été étudiée au point de vue radio-clinique selon le schéma suivant.

A. IRA due a une cause pulmonaire et de voies aériennes.

1. Anomalies congénitales du tissu pulmonaire (hypoplazies et aplasies pulmonaires, emphyseme lobaire congénitale etc.);
2. Accidente: a) corps étrangers trachéobronchiques; b) intoxications (ingestion, inhalation, etc).
3. Inflamation: a) des voies réspiratoires supérieures; b) de l'arbre trachéo-bronchique; c) du pumon et de la plevre.

B. IRA due à une cause thoracique extrapulmonaire.

1. Anomalies congénitales: a) du parois; b) du diafragme; c) de l'appareil cardio-vasculaire.

2. Hyperplasie du thymus

3. Tumeurs et hyperplasies malignes situés dans le médiastin.

On confronte sur des tableux synoptiques les aspects cliniques et anatomiques (chirurgicaux au nécroptiques) avec les modifications radiologiques. On donne des explications pathogéniques du syndrome de IRA pour chaque groupe de causes.

On fait des appréciation critiques concernant l'apport de l'examen radiologique.

En guise de conclusions, on souligne l'importance d'une permanente et étroite collaboration entre le pédiatre - radiologue - chirurgien et confirme l'utilité de l'examen radiologique thoracique pour le syndrome de IRA chez le nourrisson qui est une méthode d'éxploration d'urgence en se situant, comme importance au moins sur le même plan, avec l'exploration radiologique d'urgence de l'abdomène aigu chez le nouveau-né et le petit nourrisson.

APORTUL EXAMINARII RADIOLOGICE IN UNELE INSUFICIENTE RESPIRATORII ALE NOU-NASCUTULUI PRODUSE PRIN FACTORI MALFORMATIVI CONGENITALI

Dr.Sabina Mărgineanu, Dr.Cornelia Morath,

stud.Mihaela Mărgineanu

Clinica pediatrică Timişoara

Autorii arată că sînt unele insuficienţe respiratorii la nou-născut la care radiologic au găsit drept cauză un obstacol malformativ congenital, uneori accesi-

bil unui tratament operator.

Printre cauzele mecanice malformative depistate precoce radiologic citează hernia diafragmatică congenitală (6 cazuri), malformaţiile de tub digestiv, ca atrezia de esofag (5 cazuri), malformaţiile bronhopulmonare, agenezia pulmonară (2 cazuri), emfizemul bulos lobar congenital gigant (3 cazuri), cît şi formaţiile tumorale chistice (3 cazuri).

Prin iconografia prezentată se demonstrează că în aceste cazuri prin coroborarea datelor clinice cu datele oferite prin examenul radiologic s-a putut stabili diagnosticul de certitudine şi s-a putut aplica o terapie adecvată.

L'APPORT DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS CERTAIN INSUFISSENCES RESPIRATOIRES DU NOUVEAU NÉE PRODUITES PAR DES FACTEURS MALFORMATIFS CONGENITAUX

Dr. Sabina Mărgineanu, Dr. Cornelia Morath
Mihaela Mărgineanu
Clinique de Pédiatrie Timişoara

Les auteurs montrent qu'il a certain insufissences réspiratoires chez le nouveau née au quel radiologiquement ils ont trouvé comme cause un obstacle malformatif congénital quelque fois accessible au traitement opératoire.

Par l'iconographie presenté on demontre que dans ces cas par la coroboration des dates cliniques avec les dates ofertes par l'éxamen radiologique on a pu établir le diagnostic de certitude et on a pu appliquer la thérapie né-

cèssaire.

EXAMENUL RADIOLOGIC IN URGENTELE RESPIRATORII DIN STAFILOCOCIA PLEURO-PULMONARA A SUGARULUI

Dr. Vasile Spineanu, Dr. Radu Spineanu,
Dr. Iosn Andrei, Dr. Otto Leiti

Spitalul de copii Oradea

Stafilococia pleuro-pulmonară a sugarului, în ultimii 4 ani a prezentat o frecvenţă medie anuală de 26 cazuri (48,3% din totalul îmbolnăvirilor), cu tendinţă de creştere şi cu o gravitate particulară (mortalitatea 23,5% comparativ cu celelalte vîrste (0,44%) şi cu alte bronhopneumonii (9,7%).

Deşi a reprezentat numai 2,6% din totalul pneumopatiilor acute, ea a dat mai multe şi mai impresionante complicaţii mecanice dispneizante, deo răspunzătoare de mortalitatea bolnavilor cu vîrstă peste 2 luni.

La examenul radiologic am întîlnit mai rar întreaga triadă clasică radiologică. In lipsa ei, existenţa pleureziei şi a bronhopneumoniei confluente, ne-a ajutat la diagnostic. Existenţa bulelor este semnul radiologic cel mai caracteristic.

Accidentele de insuficienţă respiratorie acută au fost produse în ordinea frecvenţei de: piotoraxul total, pneumotoracele spontan sufocant şi piopneumotoracele, bula gigantă sau sistemul polibulos extensiv, pneumomediastinul, abcesele în vomică, piopericardul. Cele mai dramatice au fost cele cu revărsat aerian intratoracic.

Simptomatologia clinică şi de laborator fiind săracă, examenul radiologic îşi păstrează importanţa pe toată durata bolii, aceasta crescînd la apariţia accidentelor dispneizante. In aceste cazuri pe lîngă aspectul global al modificărilor radiologice, arată substratul accidentului, uneori mecanismul producerii sale şi apoi evoluţia acestuia. Unele forme, ca de exemplu pneumomediastinul localizat şi mai ales existenţa bulelor în parenchim, sînt o expresie pur radiologică.

Deseori indică momentul optim al intervenţiei terapeutice şi uneori chiar metoda.

După tratamentul de urgenţă, examenul radiologic arată eficienţa decompresiunei, revenirea mediastinului şi starea exactă a tuturor leziunilor.

ASPECTUL RADIOLOGIC AL PNEUMOPATIILOR PROVOCATE DE INTOXICATII CU PETROL LA COPII

Dr. Béla Jeremiás, Dr. József Csidey şi Dr. Ibolya L. Bósy

Clinica de Pediatrie Tg. Mureş

Pe cele 48 de cazuri de intoxicaţii cu petrol şi derivaţi internate în clinica noastră în perioada anilor 1961-1970, incidenţa pneumopatiilor radiologic decelabile a fost de 54,1%. Randamentul radiografiilor în ceea ce priveşte descoperirea celor mai fine modificări pulmonare, mai cu seamă în primele ore după intoxicaţie, este de 3 ori mai bun decît al radioscopiilor.

Numărul pneumopatiilor descoperite radiologic era

cu 100% mai mare, decît a cazurilor care au prezentat simptomele clinice precoce ale pneumopatiei.

Analizînd tabloul radiologic, am găsit elemente identice cu cele descrise în general pentru pleuro-pneumopatiile acute de natură infecţioasă.

Incidenţa pneumopatiilor era mai frecventă în grupa vîrstelor 1-3 ani.

Observaţiile noastre subliniază importanţa investigaţiei radiografice chiar în momentul internării, mai cu seamă în cazul intoxicaţiilor oligosimptomatice.

ASPECTE PARTICULARE ÎN HEMOPTIZIA LA COPII

Prof.Dr.Gh.Goldiş, Dr.V.Bucşa, Dr.S.Georgescu,
Dr.Steluţa Cărnaru

Clinica pediatrie Fundeni - Bucureşti

Emisiunea de sînge din căile respiratorii este considerată de principiu ca un semn revelator al unei suferinţe pulmonare. Ea reprezintă o urgenţă de diagnostic şi tratament, prin aceea că poate revela afecţiuni generalizate cu prognostic nefavorabil.

In cazul unei hemoptizii la copil, examenul radiologic reprezintă o urgenţă, deoarece evidenţierea unor modificări pulmonare pot fi sugestive asupra cauzei hemoptiziei.

In lucrarea prezentă autorii doresc să precizeze aportul investigaţiei pulmonare de urgenţă pentru stabilirea diagnosticului în una dintre cauzele particulare ale hemoptiziei la copil şi anume în hemosideroza pulmonară

idiopatică (HPI), afecţiune mai rară, dar de gravitate deosebită.

In Clinica pediatrie Fundeni, Bucureşti, între anii 1953 şi 1972, au fost internaţi 21 copii cu HPI, dintre care 12 au prezentat hemoptizie.

Imaginile radiografice de pete opace mari, de aspect floconos, localizate, de obicei bilateral, cu prezenţa sau nu a unei pneumopatii interstiţiale, fin granulare, fără modificări ale volumului cardiac, reprezintă un aspect radiologic caracteristic. El se întîlneşte obişnuit, în hemoptiziile, fie de debut, fie de acutizare, în evoluţia unei hemosideroze pulmonare idiopatice. Tot atît de caracteristică este şi dispariţia în decurs de cîteva zile, a opacităţilor alveolare.

Diagnosticul de certitudine se va obţine prin coroborarea cu datele clinice şi de laborator.

Primul examen radiologic are în orice caz rostul de a dirija investigaţia ulterioară şi tratamentul în direcţia HPI.

ASPECTS PARTICULIERS DE LA HEMOPTHISIE CHEZ LES ENFANTS

Prof. Dr. Gh. Goldiş, Dr. V. Bucşa, Dr. S. Georgescu, Dr. Steluţa Cărnaru

La Clinique de Pédiatrie Fundeni - Bucarest

L'émission de sang des voies réspiratoires est considerée par principe comme un signe revelateur d'une souffrence pulmonaire. Elle représente une urgence du diagnos-

tique et du traitement, parce qu'elle peut révéler des affections généralisées au prognostique non favorable.

Dans un cas d'Hémopthisie chez un enfant, l'examen radiologique représente une urgence parce que la mise en evidence immediate de ces causes peut être révelatrice d'une maladie immédiate traitable.

Les auteurs du présent ouvrage veulent préciser l'apport de l'investigation pulmonaire d'urgence pour établir le diagnostic d'une des causes particulières de la hémopthisie de l'enfant - la hémosiderose pulmonaire idiopatique (HPI), affection plutôt rare mais d'une gravité exceptionnelle.

Dans la Clinique de Pédiatrie Fundeni - Bucarest de 1953 - a 1972 ont été soignés 21 enfants avec H.P.I. Parmi eux 12 ont présenté une hémopthisie.

Les images radiographiques caractéristique sont représentées par des taches floconneuses, bilatérales associées à une pneumopathie interstitielle, d'aspect granulaire, sans modifications du volume du coeur.

Ces images caractérisent les phases de début ou d'accutisation de la H.P.I. Spécifique est en même temps la disparition des oppacités alveolaires après un délai de quelques jours.

Le diagnostique serra obtenu par la corroboration avec les donnés cliniques et biologiques.

Le premier examen radiographique a le rôle de dirijer les investigation ultérieures et le traitement vers la H.P.I.

EXPLORAREA RADIOLOGICA LA COPIL IN UNELE TULBURARI DE VENTILATIE PULMONARA PRIN OBSTACOL BRONSIC INSPIRATOR

Dr. Sabina Mărgineanu

Clinica pediatrică Timişoara

Se arată că tulburările de ventilaţie pulmonară la copil prin obstacol bronşic inspirator nu sînt perceptibile pe plan clinic decît atunci cînd ele ating o oarecare importanţă. Un mare număr dintre ele rămîn neaccesibile şi sînt descoperite numai la examenul radiologic.

Se prezintă 5 cazuri la care numai prin examenul radiologic s-a constatat prezenţa procesului atelectatic care deşi era foarte extins nu a produs nici o simptomatologie clinică revelatoare a acestei tulburări a ventilaţiei.

Examenul radioscopic şi radiografic asociat cu bronhografia au ajutat la stabilirea diagnosticului şi la urmărirea evoluţiei după instituirea terăpeuticii corespunzătoare.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT DANS CERTAIN PERTURBATIONS DE LA VENTILATION PULMONAIRE PAR L'OBSTACLE BRONCHIQUE INSPIRATOIRE

Dr. Sabina Mărgineanu

Clinique de Pédiatrie Timişoara

Les auteurs présentent 5 cas ou seulement l'éxamen radiologique on a pu constater la présence du processus

atélectatique qui était bien que très etendu n'a pas pu pouvoir produir auqu'une sisptomatologie clinique révélatoire de cette perturbation de la ventilation pulmonaire.

L'éxamen radiologique : radioscopie et la radiographie associé avec la bronhographie avec lipyodol ont aidé a suivre l'évolution après l'institution de la thérapie adecquée.

CONSIDERATII ASUPRA EXAMENULUI RADIOLOGIC DE URGENTA IN OBSTRUCTIILE BRONSICE PRIN CORPI STRAINI

Dr.Ridvan Feuzi, Dr. Vasile Bălănescu

Spitalul Constanţa

Obstrucţiile bronşice prin corpi străini la copii sînt unele din cele mai dramatice cazuri care vin la examenul radiologic. Dispneea impresionantă a copilului suferind, întreruptă din cînd în cînd de tuse, imprimă o aleaptă maximă rezolvării cazului.

Anamneza nu conduce de cele mai multe ori spre diagnosticul prezumptiv. Diagnosticul este şi mai greu în cazul inhalării de corpi străini transparenţi la raze X.

Examenul radiologic aduce un aport important în aceste cazuri decelînd atelectazia produsă de obstrucţia segmentului bronşic afectat. Sînt prezentate aspectele radiologice a două cazuri de copii mici care au inhalat: unul un sîmbure de dovleac, iar el doilea un sîmbure de floarea soarelui, cu imagini radiologice caracteristice.

CONSIDERATIONS SUR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE DANS LES OBSTRUCTIONS BRONCHIQUE PAR CORPS ETRANGERS

Dr.Ridvan Feuzi, Dr. Vasile Bălănescu

L'hôpital Constanța

Les obstructions bronchiques par corps étrangers sont les plus dramatiques des cas qui viennent a l'examen radiologique.

La dispnée impressionante de l'enfant souffrant, interrompue de toux, imprime une allerte maxime à la solution du cas.

L'anamnése ne conduit pas, dans les plusieurs fois, vers le diagnostic présumtive. Le diagnostic est plus difficile dans les cas d'inhalation des corps étrangers transparents aux rayon X.

L'examen radiologic apport une contribution importante dans ces cas, en décélant l'atelectasie produite par l'obstruction du segment bronchique affecté.

Nous présenterons les cas des deux petites enfants qui ont inhalé: l'un un noyau de courge et le deuxième un noyau de tournesol, avec des images caractéristiques.

RADIODIAGNOSTICUL EMFIZEMULUI PULMONAR BULOS LA NOU-NASCUT SI SUGARUL MIC

Dr.Z.Fruchter, Dr.Melania Spodheim, Dr.Cristina Vasiliu

Serviciul radiologie, Spitalul central de copii "Gr.Alexandrescu" București

In cadrul sindromului de insuficiență respiratorie

gravă, în perioada neo-şi perinatală, emfizemul pulmonar bulos, localizat la un singur lob sau cuprinzînd un plămîn în totalitate, reprezintă o urgenţă de diagnostic şi tratament.

Se prezintă aspectele radiologice a patru cazuri de emfizem pulmonar bulos, gigant, dintre care două cu supravieţuire postoperatorie (lobectomie), unul în perioada neonatală cu exitus postoperator (pneumectomie) şi unul neoperat.

Se discută diagnosticul diferenţial în special cu hernia diafragmatică congenitală.

RADIODIAGNOSTIC DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE BULEUX CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE PETIT NOURRISSON

Dr. Z. Fruchter, Dr. Melania Spodheim, Dr. Cristina Vasiliu

Service de Radiologie, Hôpital central d'enfants "Gr. Alexandrescu" Bucarest

Dans le cadre du syndrome d'insuffisance respiratoire grave, durant la période néo- et péri-natale, l'emphysème pulmonaire buleux, soit localisé dans un seul lobe, soit englobant un poumon tout entier, représente une urgence de diagnostic et de traitement.

On présente les aspects radiologiques de quatre cas avec emphysème pulmonaire buleux, géant, dont deux avec survie post-opératoire (lobectomie), un durant la période néo-natale avec exitus post-opératoire (pneumec-

tomie) et un cas non-opéré.

On discute le diagnostic différentiel spécialement avec la hernie diaphragmatique congénitale.

HIPERCLARITATI BULOASE PULMONARE LA COPIL

Dr. Sabina Mărgineanu. Dr. P. Petrescu,
stud. Mihaela Mărgineanu
Clinica pediatrică Timişoara

Hiperclaritățile buloase pulmonare sînt mai frecvente la copilul mic şi ele pot surveni în cursul unei serii de afecțiuni pulmonare acute sau cronice, dar cele mai frecvente cazuri şi cu evoluție gravă autorii le-au observat în cursul pneumoniei stafilococice la vîrsta de sugar.

Pe un studiu statistic pe 6 ani autorii arată că la sugar determinările pleuro-pulmonare au luat în mare aspectul tipic de stafilococie bulosă. Jumătate din acestea s-au complicat cu pneumotoraxul simplu sau cu supapă.

Alături de datele clinice şi de laborator, explorarea radiologică a fost de mare ajutor pentru stabilirea diagnosticului, a complicațiilor pleurale şi pentru urmărirea apariției şi evoluției hiperclarităților buloase.

LES HIPERCLARITÉES BULEUSES PULMONAIRES CHEZ L'ENFANT

Dr. Sabina Mărgineanu. Dr. P Petrescu
stud. Mihaela Mărgineanu
Clinique de Pédiatrie Timişoara

Dans un étude statistique de 6 ans les auteurs

montrent que chez les nourrissons les determinations pleuro-pulmonaires ont pris l'aspect tipique de la stafilococie buleuse. La moitié de ces cas ont été compliqué avec le pneumotorax simple ou avec supape ou avec le piopneumotorax.

A côté des dates clinique et de laboratoire l'exploration radiologique a été d'un grand aide pour l'établissement du diagnostic, pour les complications pleurales et pour suivre l'apparition et l'évolution des hyperclaritées buleuses, bien que pour la guérison définitive du processus stafilococique pleuro-pulmonaire.

APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STABILIREA ETIOLOGIEI PERICARDITEI ACUTE PRIMITIVE LA COPIL

Dr. Sabina Mărgineanu. Conf. Dr. L. Masca Ciobanu
stud. Mihaela Mărgineanu
Clinica Pediatrică Timişoara

Autorii insistă asupra dificultăţilor întîlnite în afirmarea diagnosticului etiologic în pericarditele acute primitive la copil.

Ei arată aportul examenului radiologic în cazurile în care bolnavii sînt supuşi de la început hormonoterapiei.

In cazurile studiate, examenul radiologic a reprezentat un sprijin important în stabilirea diagnosticului precoce, a diagnosticului diferenţial între pericardita acută primitivă reumatismală, virotică şi pericardita tuberculoasă.

L'APPORT DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE POUR ÉTABLIR L'ÉTIOLOGIE DES PÉRICARDITES AIGUËS PRIMITIVES CHEZ LES ENFANTS

Dr. Sabina Mărgineanu, Conf. Dr. L. Masca Ciobanu
stud. Mihaela Mărgineanu
Clinique de Pédiatrie Timişoara

Les auteurs insistent sur les difficultées rencontrés dans l'affirmation du diagnostic étiologique dans les péricardites aiguës primitives chez l'enfant.

Dans les cas étudies l'éxamen radiologique a representé une aide important pour établir le diagnostic precoce, le diagnostic differentiel entre la péricardite aiguë primitive rhumatismale, virotique et d'autre part avec la péricardite tbc.

APORTUL RADIOCINEMATOGRAFIEI ÎN STUDIUL VĂRSĂTURII GRAVE LA SUGAR

Conf. Dr. Corneliu Butnaru, Dr. Dan Mirescu
Clinica radiologică Spitalul Fundeni

Studiul radiocinematografic al vărsăturilor grave apărute la un sugar şi rezistente la terapeutică a permis să se evidenţieze mecanismul reflex al acesteia, pornind de la un reflex vicios plecînd de la regiunea posterioară a fornixului gastric. Coroborarea terapeuticii cu schimbarea poziţiei sugarului după supt, a ameliorat mult situaţia care altcori a devenit normală.

L'APPORT DE LA RADIO-CINEMATOGRAPHIE A L'ETUDE DES VOMISSEMENTS GRAVES DU NOURRISSON

Conf.Dr.Corneliu Butnaru, Dr.Dan Mirescu

Clinique radiologique l'Hôpital Fundeni

Bucarest

L'étude radio-cinématographique des vomissements graves survenus chez un nourrisson et résistants à la thérapeutique a permis de mettre en évidence leur mécanisme réflexe, qui repose sur un réflexe vicieux ayant son point de départ dans la région postérieure du cul-de-sac gastrique. La corroboration de la thérapeutique par le changement de la position du nourrisson après la tétée a en grande mesure amélioré la situation, qui en d'autres cas est redevenue normale.

VALOAREA SI LIMITELE DIAGNOSTICULUI RADIOLOGIC CU CONTRAST NATURAL, IN INVAGINATIA ACUTA INTESTINALA LA SUGAR.STUDIU PE 64 CAZURI

Dr.Z.Fruchter, Dr.Liliana Enăchescu

Serviciul radiologie Spitalul central de copii "Gr.Alexandrescu" Bucureşti

Pentru diagnosticul de urgenţă a invaginaţiei intestinale se impune cu necesitate interpretarea aspectului radiologic al abdomenului fără substanţă de contrast, în corelaţie cu expresia clinică a invaginaţiei la sugar şi copilul mic (pînă la 2 ani).

Cunoscînd fiziopatologia invaginaţiei intestina-

le acute, a cărei localizare în peste 90% din cazuri se găseşte în regiunea ileocecală, se înţelege uşor că expresia radiologică a acesteia este compusă din două elemente:

1) aspectul de ocluzie localizată de regulă în regiunea ileonului terminal şi

2) colonul nepneumatizat, în special lipsa pneumatizării cecului în fosa iliacă dreaptă.

Studiind dosarele radiologice a 64 de cazuri de invaginaţie intestinală acută la sugari şi copii mici, am constatat că în marea majoritate a cazurilor există posibilitatea stabilirii unui diagnostic corect de invaginaţie chiar înainte de efectuarea irigoscopiei indicate.

Cu toate acestea, indicaţia unei irigoscopii rămîne obligatorie, urmărindu-se un scop dublu: 1) localizarea precisă a capătului invaginaţiei în lumenul colic, şi 2) efectuarea unor tentative de dezinvaginare irigoscopică, evitîndu-se actul operator.

LA VALEUR ET LES LIMITES DU DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE À CONTRASTE NATUREL, DANS L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE CHEZ LE NOURRISSON; ÉTUDE SUR 64 CAS

Dr. Z. Fruchter, Dr. Liliane Enăchescu

Service de Radiologie de l'Hôpital central d'enfants "Gr. Alexandrescu" Bucarest

Pour diagnostiquer d'urgence l'invagination intestinale il s'impose nécessairement d'interpréter l'aspect radiologique de l'abdomen sans substance de contraste, en

corrélation avec l'expression clinique de l'invagination chez le nourrisson et le petit enfant (jusqu'à l'âge de 2 ans).

Connaissant la physiopathologie de l'invagination intestinale aiguë, dont la localisation dans plus de 90% des cas se situé dans la région iléo-caecale, on comprend aisément que l'expression radiologique de cette dernière est formée de deux éléments:

1) L'aspect d'occlusion localisé d'habitude dans la région de l'iléon terminal et

2) Le côlon non-pneumatisé, spécialement l'absence de pneumatisation du caecum dans la fosse iliaque droite.

En étudiant les dossiers radiologiques de 64 cas d'invagination intestinale aiguë chez les nourrisson et les petits enfants, nous avons constaté que dans la grande majorité des cas il existe la possibilité d'établir un diagnostic correct d'invagination avant même d'effectuer l'irrigoscopie indiquée.

Malgré cela l'indication d'une irrigoscopie demeure obligatoire, le but poursuivi y étant double : 1) la localisation précise de l'extrémité de l'invagination dans le lumen côlique, et 2) l'exécution de tentatives de désinvagination irrigoscopique, en évitant l'acte chirurgical.

EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE EN CAS D'ATRESIE OESOPHAGIENNE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Dr. I.Delov

Faculté de Médecine, Plovdiv, Bulgarie

Chaire de Radiologie

L'auteur présente des données générales du diagnostic radiologique de l'atrésie congénitale de l'oesophage et une classification de cette anomalie du tube digestif. Il souligne l'importance de l'éxamen radiologique dans des cas similaires et il décrit la méthode d'exploration avec quelques détails pratiques.

L'auteur analyse radiologiquement 16 cas d'atrésie congénitale de l'oesophage avec ou sans fistule trachéo-oesophagienne, examinés en condition d'urgence.

PROBLEME CLINICO-RADIOLOGICE IN TULBURARILE DE DEGLUTITIE PRIN INCOORDONARE IDIOPATICA LA SUGAR

Prof.Dr.Gh.Goldiş, Dr.V.Bucşa, Dr.S.Georgescu, Dr.V. Roşculeţ, Dr.Vl.Mihăilescu

Clinica de pediatrie Fundeni Bucureşti

Autorii prezintă valoarea investigaţiei radiologice de urgenţă în tulburările de deglutiţie la prematur şi sugar. Se arată tehnica investigării cu substanţă opacă a deglutiţiei, care evidenţiază diversele faze ale deglutiţiei, puse în evidenţă eventualele malformaţii ale tractului aero-digestiv şi relevă prezenţa tulburărilor de degiu-

tiţie primitive sau secundare. In incoordinarea idiopatică examenul radiologic evidenţiază refluarea nazală a substanţei opace, prelungirea timpului de evacuare buco-faringian, precum şi eventualele leziuni secundare ale parenchimului pulmonar.

In Clinica de Pediatrie Fundeni au fost studiaţi prin aceste investigaţii radiologice, 24 sugari avînd vîrsta între 9 zile şi 13 luni cu tulburări de deglutiţie.

La 19 sugari, între 8 luni şi 13 luni, alterarea mecanismului deglutiţiei a fost secundară unor cauze locale buco-faringiene sau unor stări toxiinfecţioase grave, iar la 5 sugari, între 9 zile şi 4 luni, s-a constatat o incoordonare primitivă idiopatică a deglutiţiei.

Este accentuată importanţa investigării radiografice de urgenţă atît pentru diagnosticul tipului disfagic faringian al deglutiţiei şi al pneumopatiilor secundare cît şi pentru instituirea unei atitudini terapeutice de urgenţă, în funcţie de substratul care alterează mecanismul deglutiţiei.

PROBLÈMES CLINICO-RADIOLOGIQUES DANS LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION PAR L'INCOORDINATION IDIOPATIQUE CHEZ LES NOURRISSONS

Prof. Dr. Gh. Goldiş, Dr. V. Bucşa, Dr. S. Georgescu, Dr. V. Roşculeţ, Dr. I. Popescu, Dr. Vl. Mihăilescu
La Clinique de Pédiatrie Fundeni Bucarest

Les auteurs présentent la valeur de l'investigation radiologique d'urgence dans les troubles de la déglutition, chez les prématurés et les nourrissons dans

le premier trimenon. On montre le technique de l'investigation du mécanisme de la déglutition par la substance opaque, qui relève les phases de la déglutition, et met en évidence soit les malformations du tractus aero-digestif, soit la présence des troubles de la déglutition primitive ou sécondaire. Dans les cases d'incoordinations idiopatiques l'éxamen radiologique permet à mettre en évidence le refloument de la substance radioopaque dans les cavités nasales, le prolongement du temps d'évacuation de la bouche et du pharinx et les lésions secondaires du parenchime pulmonaire.

Dans la Clinique de Pédiatrie Fundeni (Bucarest) les auteurs étudient par ces investigation radiologiques 24 prématurés et nourrissons, à l'âge entre 9 jours et 13 mois avec des troubles de la déglutition.

Chez 19 cas, entre 8 mois et 13 mois l'altération de la déglutition a été secondaire aux causes locaux bucopharingienne ou aux états graves toxi infectieux et chez 5 cas, entre 9 mois et 4 mois on a trouvé une incoordination primitive idiopatique de la deglutition.

On souligne l'importance de l'investigation radiologique de l'urgence pour le diagnostique du type disphagique pharingienne de la déglutition et des pneumopathies secondaire à celle-ci de même que pour l'application d'un traitement d'urgence, en fonction des affections qui entrainent des altérations du mécanisme de la déglutition.

APORTUL EXPLORARII RADIOGRAFICE IN DIAGNOSTICUL ABDOMENULUI ACUT LA SUGAR

Dr. R. Botez, Dr. N. Gavriliță, Dr G Ionescu

Clinica de chirurgie infantilă și ortopedie

Iași

Menționîndu-se dificultatea mare al unui diagnostic corect în afecțiunile acute abdominale la sugar, precum și al gravității laparotomiilor albe, autorii pledează pentru radiografia abdomenului fără pregătire, în diferite incidențe, ce poate furniza date interesante. Se arată inconvenientele radiografiei abdominale cu substanțe de contrast introduse pe cale orală, a căror indicație trebuie să fie o excepție. Se susține necesitatea repetării radiografiilor în cazurile confuze, pentru a se înregistra dinamica semnelor radiografice.

Se abordează cele două mari sindroame acute abdominale, peritonsal și ocluziv, arătîndu-se importanța semioticei radiografice, uneori decisivă în stabilirea indicației sau a contraindicației operatorii. In efortul de a distinge ileusul funcțional de cel mecanic cliseul abdomenului de profil, în decubitus ventral, s-a dovedit a fi foarte valoros.

Autorii conchid că radiografia simplă a abdomenului ocupă un loc din ce în ce mai important în elaborarea diagnosticului și de aceea orice sugar suspect de o afecțiune abdominală acută, ce poate implica actul chirurgical, trebuie sistematic investigat radiografic.

EXPLORAREA RADIOLOGICA ÎN PERITONITELE NEO-NATALE

Dr. Sabina Mărgineanu, Dr. Cornelia Morath, Dr. E. Szücs, stud. Mihaela Mărgineanu

Clinica pediatrică Timişoara

Autorii au urmărit 14 cazuri de peritonite neonatale verificate anatomo-patologic şi care au fost încadrate în modul următor: 3 cazuri de peritonită prin enterocolită ulcero-necrotică, 6 cazuri peritonită zis primitivă, 4 cazuri prin peritonite prin perforaţii intestinale şi un caz de peritonită meconială.

Prin iconografia prezentată se trec în revistă modificările radiologice găsite în cazurile urmărite şi se insistă asupra datelor oferite de examenul radiologic.

Se trage concluzia necesităţii explorării radiologice cît mai precoce pentru a se putea înstitui tratamentul de urgenţă.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DANS LES PÉRITONITES NÉONATALES

Dr. Sabina Mărgineanu, Dr Cornelia Morath,

Dr. E. Szücs, Mihaela Mărgineanu

Clinique de Pédiatrie Timişoara

Les auteurs ont suivi 14 cas des péritonites néonatales vérifiés anatomo-patologiquement.

Ils montrent les modifications radiologiques trouvés dans ces cas étudiés et ils ont insisté sur les dates ofertes par l'éxamen radiologique.

On conclu sur la nécessité de l'exploration radiologique le plus précoce que possible pour pouvoir établir le traitement d'urgence.

VALOAREA SI LIMITELE EXAMENULUI RADIOGRAFIC "ABDOMINAL PE GOL" IN AFECTIUNILE TUBULUI DIGESTIV DIN PERIOADA NEO-NATALA PRECOCE

Dr. Romeo Elefteresca - Spitalul de Copii - Medias
Dr. Horia Blasiu - Spitalul de Copii - Sibiu

Lucrarea prezentă are scopul de a demonstra importanţa examenului radiologic în diagnosticul precoce şi precis al afecţiunilor tubului digestiv la nou-născut în primele ore de viaţă, în special cînd există suspiciune de urgenţă chirurgicală.

Sînt prezentate inconvenientele şi riscurile substanţelor de contrast folosite curent, insistîndu-se în special asupra examenului radiografic "abdominal pe gol", care corect efectuat a permis stabilirea diagnosticului în majoritatea cazurilor.

Se descriu aspectele patologice ce au fost obţinute în urma examinării prin acest procedeu, după ce în prealabil s-a arătat aspectul morfo-funcţional normal al tubului digestiv din perioada neo-natală precoce.

THE VALUE AND LIMIT OF THE RADIOGRAPHIC EXAMINATION PRODUCED WITHOUT CONTRAST SUBSTANCES IN THE CONDITIONS OF A DIGESTIVE TUBE DURING THE EARLY NEO-NATIVE PERIOD

Dr. Romeo Elefteresou - Children Hospital Medias
Dr. Horia Blasiu - Children Hospital Sibiu

The present work intends to prove the importance of the radiologic examination in assessing the early and precise diagnosis of the new-born digestive tube conditions within the first hours of life especially when the urgency surgery needs it.

Further on, the contrast substances currently used are shown with their disadvantage and risk. However, we insist up on the radiographic examination of the abdomenon without the use of such substances. Even this examination was correctly carried out early diagnosis in most of the cases could be established.

The pathologic aspects obtained by this procedure are further on described, after a prior discussion of the normal morpho-functional aspect of the digestive tube within the early neo-native period.

L'URGENCE EN RADIOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE. LA RADIOLOGIE ABDOMINALE ET DES MEMBRES

Prof.Dr.F.Chérigié, Dr.R.Pigot
Hôpital "Saint Antoine" C.G.R. - Paris

VALOAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE NEULCEROASE

Dr. Tudor V.Diaconescu
Fălticeni

Orice hemoragie digestivă, mai ales cînd are o cauză necunoscută sau cînd se manifestă pentru prima dată, constituie o urgenţă medico-chirurgicală, ce ridică probleme deosebite în precizarea corectă a etio-patogeniei şi a conduitei terapeutice.

În cazul hemoragiilor digestive superioare, examenul radiologic este un examen de necesitate, avînd o valoare incontestabilă în determinarea etiologiei lor.

În sfera cauzelor principale ce pot declanşa o hemoragie digestivă superioară (ulcerul, neoplasmul şi varicele esofagiene), în care radiologia precizează diagnosticul în 75 % din cazuri, există o multitudine de cauze ce le pot declanşa.

Autorul demonstrează că bazată pe o cunoaştere perfectă a datelor clinice, fiziopatologice, pe colaborarea strînsă dintre clinician şi radiolog, în servicii bine utilate din punct de vedere tehnic şi cu posibilităţi de aplicare practică a metodelor moderne de investigaţii radiologice, aproape că nu există hemoragie digestivă, căreia să nu i se poată preciza etiologia.

LA VALEUR DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LES HÉMORAGIES DIGESTIVES SUPERIEURS NON-ULCÉREUSES

Dr. Tudor V.Diaconescu
Făltiesni

Toute hémorragie digestive et surtout lorsqu'elle a une cause inconnue ou lorsqu'elle se manifeste pour la première fois, constitue une urgence médico-chirurgicale qui pose des problemes particuliers pour établir correctement l'éthiopathogenie et la conduite thérapeutique.

Dans les cas des hemorragies digestives superieures, l'examen radiologique est très nécessaire ayant une valeur incontestable dans la détermination de leur etiologie.

Outre les causes principales qui peuvent déclancher une hémorragie digestive supérieur (l'ulcère, le neoplasme et les varices oesophagiennes) où la radiologie précise le diagnostic pour 75 % des cas, il y a une multitude de causes qui peuv produire des hémorragias.

L'auteur démontre qu'ayant à la base la connaissance parfaite des données cliniques, physiopathologique, la collaboration entre le clinicien et le radiologue, travaillant dans des services bien outillés du point de vue technique et avec des possibilités de mise en pratique des méthodes modernes d-investigations radiologiques, il est presque impossible qu'une hemorragie digestive se produise sans que l'éthiologie ne soit pas précisée.

VERGLEICHENDE PRUEFUNG DER GALLENBLASSENKONTRASTMITTEL BILIGRAM UND ENDOBIL

Dr.W.Gruentert, Dr.J.Kaul, Dr.J.Mihicic
Roentgeninstitut des Kantonsspitals Aarau

Bei ca. 2oo patienten wurde nach gleichartiger diaetetischer vorbereitung fuer die gallenblasendarstellung als kontrastmittel alternierend entweder biligram oder in mengen von 3o ml appliziert. fuer die qualitaetsbeurteilung wurden folgende kriterien angewendet : zahl, art und schwere allfaelliger nebenerscheinungen waehrend oder nach der kontrastmittelinjektion. Kontrastwirkung in den gallenwegen und in der gallenblase als funktion der zeit p.i. . moegliche leberschaedigungen, welche die kontrastausscheidung beeinflussen koennten, wurden durch systematisch durchgefuehrte praeliminaere leberfunktionspruefungen erfasst :bromsulphalein, sgp - und sgo- transaminase, alk.phosphatase,bilirubin. sowei die relativ geringe zahl der untersuchten personen bereits eine schlussfolgerung zulaesst, scheint endobil das besser vertraegliche praeparat zu sein.''

RADIODIAGNOSTICUL ŞI RADIOTERAPIA BOLILOR TUMORALE DE SISTEM

RADIODIAGNOSTICUL ÎN LIMFOAMELE MALIGNE

Prof.Dr.Gh.Chişleag, Dr.T.Rozin, Dr.I.Tudosiu

Limfoamele maligne se dezvoltă din celulele limfoide sau reticuloendoteliale ale sistemului reticulohistiocitar şi sînt reprezentate de tumori predominent ganglionare constituind grupul în care sînt incluse limfogranulomatoza malignă, limfo- şi reticulosarcomul, limfoblastomul gigantofolicular şi leucoza limfatică cronică.

Dacă pînă în ultimii 10-15 ani examenul radiologic era utilizat în limfoame numai pentru aprecierea determinărilor ganglionare mediastinale şi a localizărilor viscerale (pulmonare, osoase, digestive), în momentul de faţă dispunem de metode care permit studiul lanţurilor ganglionare subdiafragmatice şi ale altor grupe ganglionare.

Pe de altă parte interesul pentru un bilanţ radiologic cît mai exact asupra participării diferitelor grupe ganglionare a sporit în urma simpozioanelor de la Paris şi Rye din 1965, la care s-a insistat că cel puţin limfogranulomatoza malignă are un debut localizat, se extinde de la un grup ganglionar la grupele adiacente (Kaplan şi Rosenberg) şi poate fi tratată radical şi cu rezultate care se materializează prin supravieţuiri de 15-20 ani pînă la un procent de 35-45% din cazuri, care echivalează cu vindecare (Easson).

Dacă diagnosticul în limfoamele maligne cu determinări periferice poate fi stabilit clinic şi verificat histologic, pentru aprecierea stării ganglionilor profunzi supra- şi subdiafragmatici, metodele actuale de examen au importanţă deosebită.

În prima parte a raportului vom expune modificările mediastinale ce pot fi studiate cu metode radiologice convenţionale, urmînd ca în partea a II-a să ne ocupăm de determinările subdiafragmatice ale limfoamelor maligne ce pot fi apreciate cu ajutorul substanţelor de contrast şi a scintigrafiei.

In Clinica Radiologică din Iaşi au fost observaţi în decurs de 15 ani 187 de bolnavi cu limfosarcom şi 178 de bolnavi cu reticulosarcom (din care 82 au prezentat şi determinări mediastinale), 164 cu limfogranulomatoză malignă; limfomul gigante-folicular a fost întîlnit în 4 cazuri, iar leucozele cronice la 76 de bolnavi.

In statistica pe ultimii 12 ani, a Institutului de Medicină Internă, numărul bolnavilor cu limfosarcom (21) şi reticulosarcom (72) care au putut fi urmăriţi în cursul evoluţiei este mai mic decît al celor cu limfogranulomatoză malignă (126).

I. Determinările mediastinale în limfoamele maligne

Limfo- şi reticulosarcomul toracic apar ca tumoră mediastinală de debut în 15% din cazuri (Rittmayer). În cursul evoluţiei formelor generalizate se pot întîlni manifestări toracice în 50% din cazuri în limfosarcom, în 26% în reticulosarcom (Novak), în proporţii mult mai mari după statistica Institutului de Medicină, 92% în limfosarcom, 65% în reticulosarcom.

A 1. Procesul patologic în limfosarcomul mediastinal afectează de obicei toate elementele unuia sau mai multor lanţuri ganglionare. Masa tumorală constituită prin extinderea procesului la ţesutul conjunctival din jur şi fuzionarea mai multor ganglioni care lărgeşte umbra mediastinului se traduce radiologic printr-o opacitate uniformă, cu contur precis şi intensitate variabilă (în raport cu volumul tumorii), care ocupă partea mijlocie şi anterioară a celor 2/3 superioare ale spaţiului mediastinal.

Formaţiunea se dezvoltă aproape simetric de ambele părţi şi se întinde de la articulaţiile sterno-claviculare pînă sub hil. Cînd conturul tumorii este convex, umbra mediastinului are aspect ovoid; este fusiformă. Conturul policiclic şi formaţie boselată se întîlnesc mai rar şi în această împrejurare imaginea este dificil de deosebit de cea din limfogranulomatoză.

Cînd sînt prinşi ganglionii paratraheali, umbra lor lărgeşte pedicului vascular şi poate simula o tumoră de timus. In cazul afectării ganglionilor bronho-pulmonari formaţiunea poate lua caracter triunghiular juxta cardiac.

Urmărind evoluţia imaginii se constată o dinamică vie care constă în creşterea rapidă, cu tendinţă la infiltraţie şi invazie în jur, care se traduce prin ştergerea conturului.

2. Procesul patologic se poate propaga la plămîn şi pleură, pe cale retrogradă, de-a lungul sciziurilor şi tecilor bronho-vasculare şi realizează forma mediastino-pulmonară în care se constată în plus infiltraţia hilului, ateiectazie sau diseminare nodulară în plămîni, pleurezie. Modificările toracice pot fi aşa de accentuate încît focarul mediastinal scapă atenţiei.

3. In limfosarcomul generalizat sînt prinşi şi ganglionii periferici, în special cei din regiunea cervicală. Pot fi interesaţi ganglionii retroperitoneali şi cei inghinali; splenomegalia este întîlnită mai rar decît în limfogranulomatoză.

B. Reticulosarcoamele sînt însoţite mai rar de determinări ganglionare profunde mediastinale (15-20%) sau retroperitoneale.

Procesul patologic poate determina hipertrofia unui singur ganglion sau pachet ganglionar şi realizează o tumoră mediastinală nodulară, rotundă sau ovoidală; ulterior se pot găsi determinări ganglionare multiple.

Prinderea lanţurilor ganglionare este destul de rapidă şi durata medie de supravieţuire este destul de scurtă.

Localizările rinofaringiene şi amigdaliene au o evoluţie lentă, sînt curabile prin radioterapie şi au prognostic mult mai bun.

Tomografia şi mai ales mediastinografia gazoasă scot în evidenţă mai bine conturul tumorii şi permit studiul raporturilor cu organele din jur.

Cavografia superioară permite studiul trunchiurilor venoase mari şi a venei cave superioare, trunchiuri care pot fi deplasate, comprimate, invadate - caz în care se constată şi circulaţie colaterală.

Angiopneumografia nu arată modificări în circulaţia pulmonară.

Evoluţia este rapidă, cu caracter continuu sau în pusee, iar prognosticul nefavorabil.

După radioterapie, limfosarcomul care este foarte sen-

sibil, îşi reduce volumul încă din timpul tratamentului şi supravieţuirile la 5 ani pentru stadiile I şi II sînt cu 60% (Blandow) mai mari decît în reticulosarcom care este mai puţin sensibil la radiaţii.

Formele mediastinale au evoluţie mai lentă decît cele mediastino-pulmonare.

Elemente de gravitate deosebită sînt reprezentate de vîrsta tînără a pacientului, de interesările ganglionare multiple, rapiditatea dezvoltării locale, slaba diferenţiere histologică.

Supravieţuirea este în medie 9-10 luni; pacienţii cu forme lente pot trăi 2-3 ani.

Diagnosticul sarcomului ganglionar este posibil în forma clasică dar este foarte dificil în formele mediastinale pure şi în cele mediastino-pulmonare. Diagnosticul cert se poate stabili pe baza biopsiei unui ganglion periferic. Frotiurile obţinute prin puncţie nu sînt suficiente.

Diagnosticul diferenţial în formele mediastinale pure trebuie să se facă cu tumorile benigne, cu afecţiuni vasculare şi mai ales cu boala Hodgkin.

Formele mediastino-pulmonare pot fi confundate cu un cancer bronhic varietate mediastinală, cu atît mai mult cu cît la puncţia biopsie în cancerul anaplazic, care are tendinţă de invazie a mediastinului, se găsesc celule mici care pot fi confundate cu cele din sarcom.

c. Limfomul gigante-folicular reprezintă 5% din ansamblul limfoamelor maligne. Se traduce prin adenopatii periferice, posibil şi abdominale, excepţional prin adenopatii mediastinale; poate prinde şi splina.

Are predilecţie pentru vîrsta între 40-60 ani, este întîlnit de obicei la sexul masculin.

In evoluţia bolii se disting 2 etape anatomo-clinice:

- la început, histologic, se constată doar hipertrofia benignă a foliculilor limfatici din ganglioni, în care se pot recunoaşte celulele fantomă descrise de către Symmers; boala este localizată la un singur grup ganglionar şi starea generală nu este alterată. Această etapă poate dura 7-8 ani.

- ulterior, histologic, se constată aspect de limfo-

sarcom, iar clinic se constituie etapa de extindere şi generalizare care se face pe cale limfatică.

Mulţi autori situează afecţiunea la graniţa dintre hiperplazie benignă şi sarcoame.

Tumora mediastinală este descoperită cu ocazia examenului radiologic, cînd se constată o formaţiune rotundă cu contur net, bombînd pe o latură a pediculului vascular, care este foarte sensibilă la radioterapie.

Jocchi observă topirea pachetelor ganglionare chiar la 400 R. Nu se găsesc modificări hematologice.

Diagnosticul nu este posibil decît histologic şi trebuie efectuat dintr-un ganglion periferic întreg şi într-un stadiu avansat al evoluţiei bolii (Chevallier). Din cauza evoluţiei lente şi a aspectului variabil, diagnosticul poate fi eronat.

D. Modificările mediastinale în leucoze

In Clinica Radiologică din Iaşi, dintr-un număr de 76 bolnavi de leucoze cronice, am găsit 17 cu modificări mediastinale şi pulmonare evidente (22,3%).

Modificările mediastinale sînt mai frecvente în leucemiile acute decît în leucemia cronică; ele predomină în leucemia limfoidă şi sînt mai rare în leucemia mieloidă. Pot fi un indiciu al leucosarcomatozei. Se pot constata ganglioni periferici hipertrofiaţi dar izolaţi.

În cazul cînd se găsesc manifestări clinice cu caracter mediastino-pulmonar, acestea se traduc prin dispnee şi tuse, hemoptizie, posibil în legătură cu infarctele pulmonare.

La examenul radiologic se constată hipertrofia ganglionilor bronho-pulmonari din hiluri, mai rar la aceştia se poate asocia hipertrofia ganglionilor mediastinali. Prinderea ganglionilor este simetrică, ganglionii măriţi au opacitate uniformă şi cu contur net; sînt izolaţi în perioada de început, ulterior capsula ganglionară este străpunsă, ganglionii par confluenţi, procesul patologic se extinde în jur şi la plămîn.

În leucemie poate exista o infiltraţie a timusului.

Modificările pulmonare sînt rezultate prin stază limfatică interstiţială şi se pot traduce prin trabecule sau

desen reticular, ori prin infiltraţie leucemică care realizează umbriri întinse sau noduli foarte greu de diferenţiat de manifestările de pneumonie acute.

La unele cazuri se poate asocia reacţia pleurală cu lichid în cantitate mică, uni- sau bilaterală.

E. Limfogranulomatoza malignă reprezintă, în centrele de radioterapie, 40-60% din tumorile ganglionare maligne ale mediastinului. Formele iniţial mediastinale sînt rare (4,3-7%), în orice caz mult mai rare decît debutul cervico-supraclavicular; în timpul evoluţiei însă, 50% din bolnavii cu limfogranulomatoză cu manifestări ganglionare periferice fac manifestări toracice şi, în cadrul acestora, manifestările mediastinale sînt pe primul plan.

In urma simpozioanelor asupra limfogranulomatozei maligne de la Paris şi Rye din 1965 se consideră că limfogranulomatoza malignă are un debut localizat - unicentric (în apropierea porţii de intrare), de la care procesul patologic se extinde prin contiguitate pe cale limfatică în sens cervico-axilo-mediastinal.

Se întîlneşte de preferinţă la adultul tînăr, 25-40 ani şi este mai frecventă la sexul masculin (2/1).

Anatomie patologică. Rare ori este afectat un ganglion mediastinal izolat. De obicei sînt mai mulţi mai mulţi ganglioni şi sînt fuzionaţi. Este interesat , în deosebi, grupul paratraneal drept (în 80% din cazuri, după Williams), eventual paraaortic stîng, ceea ce se explică prin relaţiile directe cu staţiile limfatice cervicale şi supraclaviculare, teritoriu unde se găseşte adenopatia de debut, procesul patologic avînd tendinţa să se extindă cranio-caudal. Sînt prinse lanţurile ganglionare latero- şi paratraheale, procesul extinzîndu-se pînă la hiluri.

Invazia ganglionilor bronho-pulmonari este tardivă şi precede invazia plămînului.

Procesul patologic are tendinţa să se extindă în jur, infiltrînd mediastinul, pleura şi plămînul; organele mediastinului sînt mai degrabă împinse decît infiltrate.

Din punct de vedere histologic, în urma simpozioanelor de la Paris şi Rye din 1965, s-a adoptat clasificarea lui Lukes şi Butler - care înlocuiesc clasificarea din 1944

făcută de Jackson şi Parker; ea are importanţă în stabilirea prognosticului. Durata medie de supravieţuire variază de la 16 ani pentru forma limfocitară şi/sau histiocitară în stadiul I, la 0,4 ani pentru stadiul III, cu fibroză difuză (Lukes).

Comparaţia clasificărilor histologice în limfogranulomatoză

Jackson şi Parcker(1947 -3 tipuri)		Lukes,Butler şi Hicks(1965 -6 forme)
Paragranulom 7-10%	———	Forma limfocitară şi/sau histiocitară : a.- nodulară b.- difuză
Granulom 89-92%	———	Forma scleros nodulară
	———	Forma mixtă
	———	Forma fibroasă difuză
Sarcom Hodgkin 1%	- - - - -	Forma reticulară

Simptomatologie clinică. La examenul clinic se pot constata adenopatii periferice şi profunde şi semnele generale şi biologice caracteristice limfogranulomatozei maligne : transpiraţii nocturne, slăbire, anorexie, febră în pusee intermitente; hipereosinocitoză cu eozinofilie, accelerarea V.S.H. etc.- semne în raport cu care se face încadrarea stadială şi subdiviziunea stadiilor în A şi B.

La examenul radiologic imaginea caracteristică pentru limfogranulomatoză constă în lărgirea umbrei mediastinale în cele 2/3 superioare cu opacitate uniformă, pe ambele laturi, care au contur net şi nepulsatil, cu caracter policiclic, expresia unei interesări poliganglionare asimetrice.

La început sînt interesaţi ganglionii mediastinului, într-un stadiu avansat şi cei ai hilului, nivel la care umbra mediastinului este cea mai largă şi hipertrofia lor realizează imagine "în fluture", descrisă de Schilling.

În afara formei policiclice, umbra mediastinului în limfogranulomatoză poate avea contur liniar, aspect în coloană; în interiorul umbrei, pe radiografiile dure se văd şi transpar contururi convexe sau concave determinate de formaţiuni ganglionare care nu ajung la conturul lateral al mediastinului. Aspectul în coloană este datorat împingerii în

afară a benzii marelor vase mediastinale.

In afară de aspectul tipic şi în opoziţie cu acesta trebuie să menţionăm aspectul cînd este hipertrofiat un singur ganglion sau sînt prinşi cîţiva ganglioni, de obicei din grupul paratraheal drept (realizînd aspectul "în coş de fabrică" prin împingerea în afară a cavei superioare).

Uneori hipertrofia ganglionilor din hiluri nu poate fi identificată decît pe tomografii sau după pneumomediastin.

In unele cazuri limfogranulomatoza mediastinală realizează o opacitate nodulară voluminoasă care poate fi confundată cu cea a unui teratom sau cu sarcomul ganglionar.

In multe cazuri umbra lărgită a mediastinului nu prezintă contur policiclic, ci contururi care în parte sînt drepte, în parte sînt convexe sau concave. Acest aspect este explicat prin tendinţa retractilă a limfogranulomatozei; pe locul unde se întîlnesc mai multe linii rezultă un unghi ascuţit al cărui vîrf se prelungeşte în parenchim. Prelungirile sînt mai evidente după ce procesul patologic străpunge capsula ganglionară, cînd iau aspectul "în limbi de flacără".

Din profil, în formele puţin extinse, tumorile ganglionare din limfogranulomatoză au sediul în porţiunea mijlocie a mediastinului şi au tendinţă pentru mediastinul anterior unde se dezvoltă în spaţiul retrosternal, îndărătul manubriului.

In cursul limfogranulomatozei maligne se pot constata determinări pulmonare parenchimatoase (infiltraţia hilului, limfangita, diseminări nodulare), bronhice (atelectazii), pleurale, şi imaginile produse de aceste complicaţii fac dificilă interpretarea imaginii în ansamblu.

Evoluţia limfogranulomatozei este de obicei lentă, dar progresivă. După radioterapia cu doze în focar adecvate, pachetele ganglionare involuează lent, dar prompt, efectul maxim observîndu-se la 6-8 săptămîni după începerea tratamentului.

După o perioadă de remisiune, a cărei durată este variabilă 1-5 ani, apare un nou puseu evolutiv.

In limfogranulomatoza malignă, în stadiul I şi IIA, statisticile recente indică procente de supravieţuire de 10 ani între 50-66%, ceea ce este echivalent cu vindecarea.

In ceea ce priveşte prognosticul, determinările mediastinale izolate sau cele corespunzătoare stadiilor I şi II A sînt de un prognostic mult mai bun decît participarea ganglionilor mediastinali în stadiile de generalizare şi visceralizare.

Diagnosticul pozitiv este uşor de stabilit, cînd, pe lîngă hipertrofia ganglionilor mediastinali există ganglioni periferici din care se poate face biopsia.

Radiologic, diagnosticul diferenţial se face cu toate afecţiunile ganglionare mediastinale.

In afara localizărilor toraco-mediastinale descrise, în limfoamele maligne,se pot observa localizări primitive (debut visceral) sau concomitente la tubul digestiv (stomac în special) şi schelet, în proporţii care variază după autori între 4% -32%. In statistica noastră am avut două cazuri cu debut pulmonar, trei cu localizare gastrică, unul intestinală, două cu debut osos.

II. Studiul determinărilor ganglionare subdiafragmatice se poate face cu ajutorul limfografiei, urografiei, cavografiei şi scintigrafiei cu izotopi radioactivi. În limfoamele maligne aceste metode pot da relaţii directe şi indirecte asupra adenopatiilor profunde, mai ales a celor din regiunea subdiafragmatică, adenopatii ce nu pot fi apreciate clinic decît în 7-15% din cazuri (Chiappa). Datele au o importanţă deosebită -pentru dirijarea punctiei sau biopsiei în vederea diagnosticului histologic, -pentru stadializarea clinică, - pentru instituirea tratamentului şi stabilirea prognosticului. 50% din bolnavii cu limfoame maligne, încadraţi clinic în stadiile I şi II, aveau în realitate prinşi şi ganglionii retroperitoneali (Blaudow).

Schwartz, pe 83 bolnavi la care nu se găsesc modificări palpatorii, constată semne pozitive prin limfografie în 75% din cazuri, prin cavografie în 34%, prin urografie în 10% iar Novak prin examen gastrointestinal, în 12,6%.

Limfografia are un rol deosebit pentru conturarea diagnosticului şi după Rüttimann este indicată :

- atît pentru a clarifica dacă un sindrom retroperitoneal este datorit unui limfom malign,

- cît şi în cazul limfoamelor maligne cu manifestări periferice pentru a preciza dacă există o participare a ganglionilor retroperitoneali şi cît de întinsă este aceasta.

Limfografia permite atît studiul modificărilor de sediu, dimensiuni şi structură ale ganglionilor cît şi studiul funcţional al circulaţiei limfatice (Schnirelmann) - întîrziere în transportul substanţei opace şi blocaj.

Tehnica corectă şi experienţa personală au o importanţă deosebită în interpretarea rezultatelor.

Modificările ganglionare în limfoamele maligne sînt caracterizate prin interesarea mai multor grupe ganglionare. Ţinînd seama de repartiţia modificărilor pe ansamblul limfogramei se pot descrie două tipuri (Bourdon şi col.) :

- tipul polimorf (cu ganglioni de formă şi dimensiuni diferite în boala Hodgkin),

- tipul monomorf (cu modificări identice la toţi ganglionii sau grupele ganglionare - în leucoza limfatică şi sarcoamele ganglionare).

In limfoame nu se observă modificări de circulaţie limfatică; cînd apar ele sînt moderate în limfosarcom şi leucoza limfatică. Circulaţia limfatică nu este blocată complet decît în unele cazuri cu boală Hodgkin sau reticulosarcom.

In boala Hodgkin limfografia a demonstrat prinderea ganglionilor retroperitoneali chiar în stadiile incipiente supradiafragmatice (20% - Bourdon, 35% -Lee - în stadiul I; 42% -Bourdon - în stadiul II; 35% Lee - în stadiul II A ; şi 88% Lee - în stadiul II B), ceea ce a dus la redistribuţie stadială, la încadrarea cazurilor respective în stadiul III.

În stadiile III şi IV aproape toţi bolnavii au prinşi ganglionii lomboaortici şi prezintă limfografii patologice. Din 208 cazuri studiate de Musshorf, 64 % au prezentat semne sigure, iar 14 % modificări necaracteristice.

Iniţial, şi în ordinea frecvenţei, sînt prinşi ganglionii latero-aortici (98%), ganglionii grupurilor iliace(73%), şi ganglionii inghinali 48% (Blaudow), leziunile descrescînd (extinzîndu-se) în sens cranio-caudal.

Ganglionii interesaţi sînt măriţi de volum de 2-3 ori; ei coexistă cu hipertrofii moderate, discrete sau cu gan-

glionii de dimensiuni normale, care cu toate acestea pot prezenta modificări ale arhitecturii.

Există o oarecare corespondenţă între structura histologică dată de proliferarea diferitelor linii celulare sau de apariţia de ţesut fibros şi structura reticulară, granitată sau lacunară a ganglionului pe limfografie. În 60% din cazuri structura ganglionului poate fi mixtă.

Imaginile lacunare sînt cele ce domină tabloul, ele fiind de obicei multiple, centrale sau periferice; la început sînt de dimensiuni mici şi fără limite precise; în evoluţia bolii ele se unesc, cresc în dimensiuni şi au contur mai net. Sinusul marginal este respectat încît substanţa de contrast care pătrunde în lumenul său desenează conturul ganglionar, semn util pentru diagnosticul diferenţial şi adenopatiile metastatice.

In cursul evoluţiei bolii se poate opacifia numai sinusul periferic; unii ganglioni sau grupuri ganglionare pot fi numai schiţate sau sînt complet excluse.

Apariţia blocajului căilor limfatice are prognostic defavorabil, ca şi prezenţa ganglionilor mari cu aspect reticulogranitat.

Caracterul deosebit al limfogranulomatozei maligne este dat de polimorfismul leziunilor şi asimetria determinărilor ganglionare.

In reticulosarcom ganglionii interesaţi sînt măriţi de volum şi prezintă o structură în reţea, cu ochiuri largi, realizînd imaginea în spumă de săpun. Pierderea de substanţă şi lacunele sînt mai mari decît în limfogranulomatoză iar sinusul periferic întrerupt.

In cazul cînd se constată ganglioni cu imagini microlacunare, diagnosticul diferenţial cu limfogranulomatoza malignă este cu atît mai dificil cu cît în ambele afecţiuni ganglionii sînt interesaţi inegal şi neuniform.

In limfosarcom este caracteristică hipertrofia unui mare număr de ganglioni şi repartiţia uniformă şi simetrică a leziunilor. Toţi ganglionii aceluiaşi lanţ au dimensiuni şi structură asemănătoare, reticulată sau granitată; conturul sinusal ganglionar este adesea păstrat.

In faza canculară se pot observa deplasări ale canalelor limfatice şi traiecte arcuite, dar nu se observă modificări de stază.

Ganglionii retroperitoneali sînt prinşi şi în stadiul tardiv al limfomului giganto-folicular.

În leucemia limfatică cronică se poate observa interesarea concomitentă a unui mare număr de ganglioni care, cel puţin în primul an de boală, au aceleaşi dimensiuni şi aceeaşi structură, care se modifică cu evoluţia bolii; la început pot apare imagini de simplă hiperplazie limfatică, apoi structura prezintă modificări evidente cu caracter reticular, granitat sau lacunar.

După radioterapie (Marcovits) şi tratamentul cu citostatice (Bourdon) se constată că volumul ganglionilor diminuă, iar numărul lor scade. Ganglionii devin hipoplazici, scleroşi, au opacitate omogenă, dar tonalitate palidă şi contur neregulat şi neprecis(în urma sclerozei sinusului periferic).

Din cele de mai sus rezultă că limfografia joacă un rol deosebit în bilanţul diagnostic al bolilor de sistem şi în stadializarea clinică; are şi valoare prognostică.

Valoare arteriografiei în explorarea limfoamelor maligne este foarte redusă.

In ultimii ani arteriografia a fost experimentată (Breit) în eventualitatea că ar putea oferi semne pentru aprecierea ganglionilor limfatici afectaţi.

Astfel s-au cercetat vase de neoformaţie (caracteristice tumorilor) sau impregnarea ganglionilor afectaţi cu substanţă de contrast şi s-a constatat că aceste semne pot fi puse în evidenţă numai în cazuri foarte rare şi cu mari dificultăţi (necesită tehnica radiografiei mărite direct şi a substracţiei).

În ceea ce priveşte deplasarea şi deformarea trunchiurilor arteriale principale sau a ramificaţiilor lor de către pachetele ganglionare, semnele sînt asemănătoare cu cele din venografie, dar, pentru ca să se producă pe elementele arteriale care au rezistenţă sporită necesită o apăsare mai mare pe trunchiurile venoase (Wetterer).

Semnele utile apar mai rar şi mai tîrziu, cînd pachetele ganglionare sînt voluminoase.

Dacă pentru regiunea inguino-abdominală avantajele arteriografiei par reduse, pentru grupele ganglionare ce nu pot fi studiate prin limfografie (ganglionii din grupul iliac intern), ea este încă încercată.

Ileo-cavografia poate fi utilizată cu mai mult succes decît arteriografia pentru diagnosticul limfoamelor retroperitoneale, prin modificările care le produc pachetele ganglionare din vecinătate şi care constau în :
- compresiune cu curbire şi lărgire a benzii vasculare;
- deplasare laterală sau în sens postero-anterior a axului venos cu mărirea distanţei între coloană şi vena cavă;
- invazia peretelui, cu modificări de contur;
- îngustarea lumenului, uneori obliterare şi tromboză secundară;
- eventual tulburări de circulaţie a sîngelui în cava inferioară, iliacele comune şi iliacele externe, circulaţie colaterală (Gremmel).

Bogăţia semnelor este explicată pe de o parte de situaţia ganglionilor limfatici care sînt adiacenţi trunchiurilor venoase, iar pe de alta de faptul că peretele venos este mai subţire şi cu o apăsare din afară mai mică se obţin deformări mai importante decît pentru artere.

Ileo-cavografia este asociată de obicei cu limfografia sau combinată cu u[illegible]rafia (Gremmel).

Substanţa iodată de contrast este injectată, în două reprize, prin catetere introduse în venele femurale la plica inguinală: 10 ml, 75%, pentru urografie, timp în care se verifică şi poziţia cateterului;

- 30 ml, după 5 minute pentru cavografie.

Pe radiografiile ce se fac din faţă şi profil apar atît rinichiul şi căile urinare (deplasarea rinichiului sau ureterului, deformare arciformă a traiectului său, eventual hidronefroză), cît şi elementele venoase (cu modificări specificate mai sus).

Aceste metode sînt complementare limfografiei pentru diagnosticul ganglionilor limfatici situaţi deasupra lui L_2 şi a pachetelor eventual excluse limfografic prin blocadă.

Metoda semnalează cel mult prezenţa unui proces patologic fără a da relaţii asupra naturii lui.

Studiul scintigrafic al ganglionilor limfatici în bolile de sistem este posibil prin limfografie directă sau indirectă şi prin scintigrafia pozitivă cu izotopi introduşi endolimfatic, subcutan sau pe cale intravenoasă.

In limfoscintigrafia directă izotopul este introdus în vasele limfatice periferice (după tehnica lui Kinmonth) sub formă de lipiodol marcat I_{131}, de Au_{198} coloidal sau Tc_{99}, şi constă în înregistrarea distribuţiei izotopului în ganglioni şi căile limfatice.

Este indicată în special pentru explorarea grupelor ganglionare pelviabdominale şi semeiologia generală este asemănătoare aceleia din limfografia simplă. Aceeaşi metodă este întrebuinţată în tratamentul endolimfatic cu izotopi (Ratti, Chiappa etc.)

Pentru limfoscintigrafia indirectă se utilizează Au_{198} coloidal cu particule de 50 Å diametru, izotop asociat cu hialuronidaza care după ce este introdus subcutanat, trece sistemul limfatic, oprindu-se pentru un anumit timp în ganglioni.

Cu această tehnică pot fi studiaţi ganglionii inghinali, iliaci şi paraaortici - caz în care injecţia subcutanată se face în spaţiile interdigitale de la picior,
- ganglionii axilari supra- şi infraclaviculari (injecţia izotopului în spaţiile interdigitale de la mînă).

Celelalte grupe ganglionare pot fi explorate prin introducerea substanţei radioactive în zone anatomice apropiate. Pentru ganglionii mediastinali, Au_{198} se injectează subcutanat în regiunea abdominală superioară - subxifoidian (Sawas-Dimopolou).

Scintigrafia se efectuează la 24 de ore de la introducerea izotopului şi oferă rezultate concludente mai ales pentru ganglionii abdominali pentru care se obţine o imagine continuă a lanţurilor ganglionare; întreruperea lor într-un anumit punct, deplasarea sau blocarea, au semnificaţie patologică.

Radioactivitatea ganglionilor depinde de cantitatea de Au_{198} fixat de către aceştia, cantitate ce depinde de fapt de starea funcţională a reticulului ganglionar. În ganglionii cu structură intactă izotopul se acumulează şi îi dă

...agine scintigrafică pozitivă.

In cazul prezenței de țesut proliferativ, incorporarea ... celor de o cantitate substanță radioactivă se traduce ... obținerea imaginii scintigrafice.

Cu aceste metode nu se pot evidenția toți ganglionii sau toate zonele ganglionare, nu pot fi puse în evidență focarele ... ganglionare cu dimensiuni mici, unele mici ... dar înconjurați de o zonă de radioactivitate ...

Datele radiologice obținute prin limfografie sînt mai ... relevante în ceea ce privește individualitatea ganglionilor ... structură lor; scintigrafia este însă mai ușor de ... efectuat.

Prima metodă, scintigrafia pozitivă, constă în introducerea ... preparatului pe calea intravenoasă și se bazează pe fixarea ... selectivă a celulelor neoplazice și acumularea lor în ganglioni; în acest fel se obține evidențierea ganglionilor limfatici ... care de hilar invadați de tumoră. In acest scop ... o radiație de $E_{\gamma 197}$; vîrfuri scurtă (65 ore) ... lungă (77 KeV) a preparatului marcat nu sînt ... în proporții perfecte. Permanența substanței radioactive în focarele ganglionare maligne este mai îndelungată decît cele benigne.

Mai sînt utilizate în acelaș scop Serumalbumina marcată cu I_{131}, Technetiu$_{99m}$, complexul Ce^{99}-De, Seleniu$_{75}$, Metionina.

Limfografia

Date experimentale mai noi asupra limfonodulilor maligne relevă că metodele de examen convenționale își păstrează valoarea deplină în precizarea modificărilor radiologice și acestea sînt eficiente chiar în cazurile cu debut în acest stadiu.

In studiul determinărilor subdiafragmatice, limfografia oferă date concrete, valoroase pentru diagnostic, îndeosebi în cazul cînd nu sînt modificări ganglionare periferice, utile pentru dirijarea punctiei sau biopsiei ganglionilor ... Limfoamele cu manifestări periferice, ... sînt necesare pentru stadializare corectă

(precizînd dacă există respectarea sau participarea ganglionilor retroperitoneali şi cît de amplă este) şi prin aceasta pentru instituirea tratamentului şi stabilirea prognosticului.

Metodele complementare (uro- ,cavo- , arteriografia) sînt utile numai cînd adenopatiile sînt suficient de mari ca să poată produce modificări.

Scintigrafia, deşi nu are puterea de rezoluţie a limfografiei, are avantajul uşurinţei cu care este executată şi acceptată de bolnavi.

Hipertrofia ganglionilor şi lărgirea umbrei mediastinului are caracter de uniformitate şi simetrie în limfosarcom şi în leucemia limfatică cronică, - este asimetrică în limfogranulomatoză şi reticulosarcom, caractere ce se menţin şi la ganglionii subdiafragmatici.

In limfogranulomatoză procesul patologic se extinde progresiv în sens cranio-caudal, primele grupe prinse fiind cele paratraheale în conexiune limfatică cu regiunea cervicală şi supraclaviculară şi,ultimii, ganglionii din hiluri iar subdiafragmatic ganglionii lombaortici şi ulterior cei inguinali.

Pe limfograma de ansamblu se pot constata modificări de sediu, dimensiuni şi structură sau în transportul limfei. Ele sînt caracteristice, ca şi la ganglionii periferici sau mediastinali, prin interesarea mai multor grupe ganglionare, realizînd tipul monomorf în limfosarcom şi leucoza limfatică cronică (cu modificări identice, simetrice la toţi ganglionii sau grupele ganglionare) - şi tipul polimorf în boala Hodgkin şi reticulosarcom cu ganglioni de formă şi dimensiuni diferite).

Modificările de structură merg de la simpla hiperplazie reacţională spre aspect reticular granitat sau lacunar pînă la aspectul în spumă de săpun sau fantomatic, imagini care dacă nu sînt patognomonice sugerează diagnosticul şi permit aprecierea amplorei participării ganglionare.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМАХ

Г.Кишляг, Т.Рексин, И.Тудосиу

Злокачественные лимфомы представлены гангliозными опухолями, исходящими из круглоядерных или ретикуло-эндотелиальных клеток ретикуло-гистиоцитарной системы.

Если еще до последних 10-15 лет рентгеновское обследование применялось лишь для оценки медиастинальных изменений, то в настоящее время мы располагаем методами, делающими возможным исследование субдиафрагмальных гангliозных цепей и других гангliозных групп.

С другой стороны интерес получения наиболее точных рентгенологических сведений об участии отдельных гангliозных групп увеличился вследствии организованных в Париже и Рио в 1965 г. симпозиумов, на которых отмечалось, что, по крайней мере в злокачественном лимфогранулематозе, наблюдается локализованное развитие, распространение от одной гангliозной группы на другие смежные, причём лечится он с конкретными результатами выживания еще 15-20 лет до 35-45% случаев, что по существу соответствует выздоровлению.

В Ясской рентгенологической клинике велось наблюдение в течение 15 лет на 167 больных лимфосаркомой, 178 - ретикулосаркомой, 164 - злокачественным лимфогранулематозом, 4 - гигантофолликулярной лимфомой, 76 - хроническим лейкозом.

В первой части доклада описаны изменения средостения, которые можно изучать условными рентгенологическими методами; во второй части рассматриваются субдиафрагмальные локализации.

I. При медиастинальных локализациях патологический процесс располагается в верхних 2/3 среднего и переднего средостения, причем аспекты колеблятся в зависимости от пораженных гангliозных групп, гистологического вида и стадии течения.

При медиастинальной лимфосаркоме захвачены почти все гангliозные цепи и слиты в опухолевидное образование, расширяющее тень средостения в столб линейного или выпуклого очертания, в частности когда поражены бронхолегочные гангliи.

При ретикулосаркоме может быть поражен лишь один пакет гангliев, определяющий очаговую медиастинальную опухоль

При хронической лимфатической лейкемии могут быть выявлены отдельные гипертрофированные ганглии в гилюсах.

При злокачественном лимфогранулематозе, в котором опухоль средостения представляет полициклическое очертание, рентгеновская картина более характерна.

Во время эволюции патологический процесс может распространяться на легкие и плевру; могут быть обнаружены костные или висцеральные очаги.

Томография пневмомедиастинума и боржная кавография могут дать дополнительные сведения.

II. Исследование субдиафрагмальных изменений можно осуществлять при помощи лимфограммы, урографии, кавографии - - методы, дающие непосредственную и косвенную информацию о глубоких аденитах, выявляемых клинически лишь в 7-15% случаев. Это представляет особое значение для определения клинической стадии (обнаруживаются они примерно у 50% больных на I и II клинических стадиях), для назначения лечения и прогнозирования.

Лимфографические признаки заключаются в изменениях места расположения, размеров и структуры; характеризуются они охватом нескольких ганглиозных групп. Подобные изменения определяют описание двух видов: полиморфный - с ганглиями различной формы и размеров (при болезни Ходжкина) и мономорфный - - с одинаковыми и симметричными изменениями всех ганглиев или ганглиозных групп (при лимфатическом лейкозе и лимфосаркоме). В лимфообращении сдвиги не наблюдаются, но в случае их возникновения они умеренны при лимфосаркоме и лимфатическом лейкозе и заключаются в задержке подвоза. Лимфообращение полностью блокировано лишь в отдельных случаях болезни Ходжкина или ретикулосаркомы.

Даже если лимфографические признаки не представляют абсолютной ценности для определения патологоанатомического вида, тем не менее лимфография может дать сведения о невовлечении в процесс или поражении ретроперитонеальных ганглиев и о его размерах.

Илео-кавография и урография как самостоятельное обследование или в ассоциации с лимфографией - методы, выявляющие сдвиги, вызываемые расположенными вблизи ганглиями, причем

эти изменения могут варьировать от простой компрессии с перемещением, до инвазии стенки и сужения просвета, а иной раз - облитерации. Эти методы представляют ценность для изучения ганглиозных пакетов, затемнение которых нельзя осуществить при лимфографии либо по причине выключения блокировкой, либо - их расположения над L_2 .

Сцинтиграфическое исследование лимфатических узлов возможно осуществить несколькими методами и даже если полученные сведения не столь показательны как лимфография, оно всегда представляет преимущество легкости исполнения.

Таким образом современные средства диагностики глубоких ганглиозных изменений при системных заболеваниях значительно увеличились и делают возможной постановку правильного диагноза и определение стадии, в зависимости от чего даются терапевтические указания и делается прогностический вывод.

LE RADIODIAGNOSTIC DANS LES LYMPHOMES MALINS

Gh. Chiglesg, T. Roxin, I.Tudosiu

Les lymphomes malins sont représentés par les tumeurs ganglionnaires ayant comme point de départ les lymphocytes ou les cellules réticulo-endothéliales du système réticulo-histiocytaire.

Si jusqu'aux dernières 10-15 années l'examen radiologique était utilisé seulement pour l'appréciation des modifications médiastinales, à présent nous disposons de méthodes qui permettent l'étude des chaînes ganglionnaires sous-diaphragmatiques et d'autres groupes ganglionnaires.

D'autre part, l'intérêt pour un bilan radiologique aussi exact que possible concernant la participation des groupes ganglionnaires s'est accru par suite des symposiums de Paris et Rye de 1965, dans le cadre desquels on a insisté qu'au moins la lymphogranulomatose maligne a un début localisé, s'étend per continuum d'un groupe ganglionnaire aux groupes adjacents et peut être traitée radicalement avec des résultats qui se matérialisent par des survies de 15-20 ans dans une proportion allant jusqu'à 35-45% des cas, ce qui est équivalent à la guérison.

Dans la Clinique radiologique de Lassy ont été observés au cours de 15 ans 167 cas de lymphosarcome, 178 de réticulo-sarcome, 164 de lymphogranulomatose maligne, 4 de lymphome giganto-folliculaire et 76 de leucose chronique.

Dans la première partie du rapport sont décrites les modifications médiastinales qui peuvent être étudiées par des méthodes radiologiques conventionnelles et la deuxième partie porte sur les localisations sous-diaphragmatiques.

I. <u>Dans les localisations médiastinales</u>, le processus pathologique est situé dans les 2/3 supérieurs du médiastin moyen et antérieur et réalise des aspects qui varient en fonction des groupes de ganglions atteints, du type histologique et du stade évolutif.

Dans le lymphosarcome médiastinal, presque toutes les chaînes ganglionnaires sont atteintes et fusionnent en une formation tumorale qui élargit l'ombre du médiastin en une colonne à contour linéaire ou convexe, surtout lorsque les ganglions bronchopulmonaires sont également envahis.

Dans le réticulo-sarcome peut être atteint un seul paquet ganglionnaire, qui détermine une tumeur médiastinale nodulaire. Dans la leucémie lymphatique chronique peuvent être constatés des ganglions hypertrophiés isolés dans les hiles.

L'aspect radiologique est plus caractéristique dans la lymphogranulomatose maligne, où la tumeur médiastinale a un contour polycyclique.

Au cours de l'évolution, le processus pathologique peut s'étendre au poumon et à la plèvre; on peut constater des foyers osseux ou viscéraux.

La tomographie pneumo-médiastinale et la cavographie supérieure peuvent fournir des relations supplémentaires.

II. L'étude des localisations sous-diaphragmatiques peut être effectuée à l'aide de la lymphographie, de l'urographie, de la cavographie et de la scintigraphie, méthodes pouvant révéler des signes directs et indirects sur les adénopathies profondes, qui ne peuvent être appréciées cliniquement qu'en 7-15% des cas. Ces signes ont une importance particulière pour l'établissement du stade clinique (on peut les rencontrer jusque dans 50% des cas au I-er et II-e stade clinique), pour l'institution du traitement et pour l'appréciation du pronostic.

Les signes lymphographiques consistent en modifications du siège, des dimensions et de la structure et se caractérisent par la participation de plusieurs groupes ganglionnaires. Ces modifications permettent de décrire deux types: - le type polymorphe à ganglions de forme et de dimensions différentes (dans la maladie de Hodgkin) et - le type monomorphe à modifications identiques et symétriques le tous les ganglions ou groupes ganglionnaires (dans la

leucose lymphatique et le lymphosarcome). On ne remarque pas de modifications de la circulation lymphatique; lorsqu'elles apparaissent, elles sont modérées dans le lymphosarcome et la leucose lymphatique et consistent en retard du transport. La circulation lymphatique n'est complètement bloquée que dans certains cas de maladie de Hodgkin ou de réticulosarcome.

Quoique les signes lymphographiques n'aient pas une valeur absolue pour préciser la forme anatomo-pathologique, la lymphographie peut nous fournir des données sur le ménagement ou la participation des ganglions rétropéritonéaux et sur l'étendue des lésions.

L'ilio-cavographie et l'urographie seule ou associée à la lymphographie sont des méthodes qui peuvent mettre en évidence les modifications provoquées par les paquets ganglionnaires du voisinage, pouvant aller de la simple compression avec déplacement jusqu'à l'invasion de la paroi et au rétrécissement de la lumière, quelquefois oblitération. Ces méthodes sont utiles pour l'étude des paquets ganglionnaires qui ne peuvent être opacifiés par lymphographie, soit parce qu'ils sont exclus par blocage, soit parce qu'ils sont situés au-dessus de L_2.

L'étude scintigraphique des ganglions lymphatiques est possible par plusieurs méthodes et même si elle ne fournit pas de relations si démonstratives comme la lymphographie, elle présente l'avantage d'être plus facilement applicable.

De cette manière, les possibilités actuelles de diagnostic des modifications ganglionnaires profondes dans les maladies systémiques ont en très grande mesure augmenté et permettent le diagnostic exact et la détermination correcte du stade, en fonction duquel on établit l'indication thérapeutique et on évalue le pronostic.

RADIOTERAPIA HEMOPATIILOR MALIGNE

Prof.Dr. I.Pîrzu, dr.St.Grigorescu
Clinica de Radiologie - Spitalul Dr.I.Cantacuzino

Bolile tumorale de sistem, numite încă boli tumorale inițial diseminate, sînt mai judicios denumite hemopatii maligne, pentru că ele afectează sistemul hematopoietic (măduva osoasă și ganglionii limfatici).

Astfel în grupul hemopatiilor maligne sînt încadrate: leucozele; poliglobulia și limfopatiile maligne (limfoamele maligne), acestea din urmă incluzînd limfogranulomul malign (boala Hodgkin), limfosarcomul, reticulosarcomul și limfomul gigantofolicular (boala Brill-Symmers), la care noi adăugăm limfomul malign african, una din entitățile patologice de achiziție mai recentă.x)

Hemopatiile maligne prezintă, din punct de vedere radioterapeutic, unele particularități utile de considerat în conduita iradierii, particularități pe care le amintim succint.

A. Hemopatiile maligne prin însăși natura histologică sînt radiosensibile sau foarte radiosensibile, necesitînd doze tumoricide inferioare celor uzuale. De asemenea, trebuie să avem în vedere că distrugerea masivă a leucocitelor în cazul leucozelor și topirea rapidă a tumorii în cazul limfoamelor, pot ocaziona apariția uremiei, prin precipitarea acidului uric în căile urinare. De aceea nivelul seric

---

x) Limfomul malign african (sarcomul lui Burkitt a fost individualizat în 1961 (1).

al acidului uric şi eliminarea sa urinară trebuiesc permanent cunoscute în cursul radioterapiei acestor tumori, mai ales dacă se folosesc mijloacele de radiosensibilizare.

B. Hemopatiile maligne fiind tumori iniţial diseminate conferă o aplicaţie deosebită iradierii totale a organismului, fie cu ajutorul radioizotopilor, fie cu ajutorul surselor externe. Datorită diseminării iniţiale a limfopatiilor maligne, noţiunea de iradiere profilactică capătă un caracter particular, necesitînd doze tumoricide şi nu doze profilactice care uzual sînt inferioare celor tumoricide.

C. Administrarea dozei tumoricide planificate, nu trebuie să fie influenţată de radiosensibilitatea crescută a celor mai multe limfoame maligne. Indiferent de doza, uneori foarte redusă, care produce topirea tumorii, administrarea dozei utile de 3000 - 4000 rad, apare necesară pentru obţinerea unui efect durabil.

D. Radioterapia rămîne principala metodă de tratament al hemopatiilor maligne în general, afirmaţia fiind susţinută de 3 fapte principale :

a. Greutatea specifică a limfoamelor, unde radioterapia prezintă indicaţia majoră, este preponderentă faţă de leucoze, unde chimioterapia şi corticoterapia sînt deseori mai eficiente.

b. Iradierea localizată a limfoamelor este preferabilă chimioterapiei din punctul de vedere al conservării capacităţii imunologice, şi

c. Chimio-corticoterapia este obligată aproape totdeauna să-şi asocieze radioterapia, fie pentru obţinerea unui efect potenţat, fie pentru [illegible] a unor

infiltrații tumorale localizate, apărute în cursul evoluției leucozelor.

E. In sfîrșit, accentul polimorf al caracterelor clinice, histologice și evolutive ale hemopatiilor maligne necesită o deosebit de judicioasă apreciere a indicațiilor radioterapiei, atît în ce privește metoda și dozele, cît și în privința asocierii cu chimio sau cortico-terapie. Principalul criteriu de alegere a indicațiilor radioterapiei trebue să-l constituie rezultatele terapeutice cu valabilitate statistică.

Limfoamele maligne dețin 5-7 % din totalul localizărilor tumorale, cel mai frecvent fiind limfogranulomul malign, care deține 43 % din totalul limfoamelor, urmat de limfosarcom cu 34 %, reticulosarcom cu 16 % și limfomul gigantо-folicular cu 6 % (2).

Clasificarea pe stadii și evoluție clinică, deși este discutată fiind vorba de tumori inițial diseminate, credem că totuși își păstrează o certă valoare din punctul de vedere al aprecierii prognosticului. Cea mai completă clasificare este aceea propusă de Comitetul de Standardizare a bolii Hodgkin, valabilă în general pentru toate limfoamele maligne.

St.I_1 - Tumoră limitată de o singură regiune anatomică.

St.I_2 - Tumoră limitată de două regiuni anatomice vecine, de aceeași parte a diafragmului.

St.II - Tumoră prezentă în mai mult de două regiuni anatomice, de aceeași parte a diafragmului.

St.III - Tumoră prezentă de ambele părți ale dia-

.fragmului, dar limitată la ganglioni, splină şi/sau inelul lui Waldeyer.

St. IV - Invazia măduvei osoase, a parenchimului pulmonar, pleurei, ficatului, scheletului, pielii, rinichilor, tubului digestiv sau oricare organ în afară de ganglioni, splină şi inelul lui Waldeyer.

Toate stadiile menţionate sînt subclasificate în A şi B în funcţie de absenţa sau prezenţa semnelor generale (febră, prurit şi transpiraţii nocturne).

Limfografia, urografia i.v. şi examenul radiologic de rutină, sînt indispensabile pentru aprecierea stadiului real de evoluţie clinică, ca şi examenul citologic al măduvei osoase.

1. Boala Hodgkin

Sediul iniţial al limfogranulomului malign este în 71,7% din cazuri regiunea cervicală, 12,8 % regiunile axilare, în 7,8 % regiunile inghinale şi în 6,7 % mediastinul (3).

Existenţa unui sediu iniţial în boala Hodgkin a determinat pe unii autori să pună în discuţie diseminarea d'emblée şi să încline către acceptarea unui debut unicentric (2). Ei se bazează în special pe constatarea că adenopatia secundară a apărut în vecinătatea adenopatiei primitive în 45 % din cazuri (4), iar pe un alt lot în 68 % din cazuri (5). Problema o socotim deosebit de importantă, pentru că de debutul unicentric sau iniţial diseminat, depinde nu numai curabilitatea bolii, dar şi justificarea titlului de "profilactică" sau "curativă" acordat iradierii altor regiuni ganglionare în afara celei clinic afectate.

Desigur este dificil de luat o poziţie pentru una din ipotezele menţionate, dar în orice caz, astăzi constitue un fapt cîştigat că iradierea în boala Hodgkin trebue să respecte 3 principii importante.

I. Iradierea fiecărei arii ganglionare se face cu doze relativ mari (3 - 4000 rad în 3-4 săptămîni) pentru că frecvenţa recidivelor este în legătură flagrantă cu doza administrată (tablou I).

TABLOU I

Frecvenţa recidivelor în boala Hodgkin în funcţie de doza de radiaţii administrată. După Kaplan (6)

Număr de cazuri	Doza administrată (R)	Frecvenţa recidivelor	
		Nr.	%
97	500	76	78
243	1000	147	60
121	1500	58	48
342	2000	120	35
206	2500	53	26
208	3500	24	11,5
91	4000	4	4,4
1308	-	-	-

Asupra iradierii intensive a limfogranulomatosului malign, acordul este unanim, toţi autorii susţinînd utilitatea administrării dozelor de peste 3000 R (7,8,9,10,11, 12,13,14,15,16,17).

II. Un alt principiu al radioterapiei în boala

Hodgkin, este iradierea extensivă, ea incluzînd nu numai aria sau ariile ganglionare afectate, ci toate ariile ganglionare supra- sau subdiafragmatice. Indiferent cum este denumită tehnica de iradiere ("trunk bridge", "Gothic cut out " sau "mantle technique") este vorba de iradierea tuturor ariilor ganglionare supradiafragmatice și anume ggl.mediastinali, axilari, paraclaviculari și cervicali, zona iradiată avînd forma unei cîmpane cu picioarul pe mediastin.

De asemenea sînt iradiate toate ariile ganglionare subdiafragmatice (ggl.femurali, inghinali, iliaci și lomboaortici).

III. Fiind vorba de o iradiere intensivă și extensivă, energiile înalte oper de indiscutie majoră, singurele în măsură să obțină doza utilă în profunzime, fără iradierea exagerată a țesuturilor normale din volumul iradiat. De aceea betatronoterapia cu fotoni, sau, în lipsa acesteia teleocobaltoterapia, sînt metodele de ales. Desigur, iradierea extensivă nu întrunește unanimitatea opiniilor, dar aceasta este atitudinea care își face loc cu autoritate în tratamentul modern al bolii Hodgkin, datorită rezultatelor terapeutice multiplu confirmate pe care le obține (tabloul II).

TABLOUL II

Rezultate terapeutice obținute cu radioterapie în boala Hodgkin

Stadiul clinic	Număr de cazuri	Rezultate de 5 ani Nr.	%	Anul public.	Autorul
1	2	3	4	5	6
I	60	43	71	1958	Peters și Middlemiss(18)

1	2	3	4	5	6
II	51	27	53	1969	Hope-Stone (7)
TOTAL	111	7o	63	-	-
II	7o	39	56	1958	Peters şi Leddlemiss (18)
II	32	18	56	1969	Hope-Stone (7)
TOTAL	1o2	57	56	-	-
I + II	79	47	59,5	1955	Jeliffe şi Thompson(19)
I + II	13o	83	63	1958	Peters şi Middlemiss (18)
I + II	8o	39	48	1961	Friedman(2o)
I + II	53	28	52,8	1961	Holme şi Kunkler (21)
I + II	74	45	61	1962	Hilton şi Sutton (22)
I + II	277	157	56,8	1963	Easson şi Roussell(23)
I + II	171	91	53	1965	Peters şi Middlemiss (24)
I + II	14o	74	53	1969	Hope-Stone (7)
TOTAL	1oo4	564	56	-	-
I + IV	224	52	23	1954	Nice şi Stenstrom (25)
I - IV	171	5o	29	1955	Jeliffe şi Thompson (19)

1	2	3	4	5	6
I - IV	221	95	43	1958	Peters şi Middlemiss (18)
I - IV	347	117	34	1959	Cook, Krabbenhoft, Leucuţia (26)
I - IV	207	63	30,5	1961	Holme şi Hunkler (21)
I - IV	107	33	31	1962	Hilton şi Southam (22)
I - IV	822	255	31	1962	Easson şi Rousselli (23)
I - IV	285	103	36,1	1965	Peters şi Middlemiss (24)
I - IV	234	80	34	1969	Hope-Stone (7)
TOTAL	2618	848	32	-	-

Din datele prezentate în tabloul II rezultă evident supravieţuirile notabile obţinute cu ajutorul radioterapiei care rămîne cea mai bună metodă de tratament al limfogranulomului malign. Radioterapia este singura metodă care poate obţine, în stadiile localizate (I şi II) supravieţuiri de 20 de ani, în peste 30 % din cazuri (18).

Stadiul evolutiv este preponderent pentru pronosticul îndepărtat existînd numeroase date care arată scăderea importantă a rezultatelor favorabile în prezenţa diseminării extraganglionare şi a semnelor generale (febră, prurit).

Prezenţa simptomelor generale a determinat scăderea rezultatelor de 5 ani de la 64 % la 31 % şi a rezultatelor de 10 ani de la 60 % la 6 %.(18).

Pronosticul apare mai favorabil pentru sexul femi-

nin constatîndu-se, pe un lot de 171 bolnavi (toate stadiile), că supravieţuirile de 5 ani au fost de 21 % pentru bărbaţi şi 42 % pentru femei (19). La copii, rezultatele sînt analoage cu cele obţinute la adulţi, semnalîndu-se 33 % supravieţuiri de 5 ani pe un lot de 75 bolnavi de toate stadiile (27).

Radioterapia este utilizată şi pentru infiltraţiile tumorale extraganglionare, dînd rezultate bune în cazul infiltraţiilor cutanate osoase şi chiar pulmonare, dacă acestea sînt limitate. In compresiunile medulare realizate, fie prin invazie de vecinătate, fie prin localizare epidurală a bolii, sînt anunţate de asemenea bune rezultate obţinute cu radioterapia în doze de cca 3000 R (28). Chimioterapia a fost aplicată în boala Hodgkin, fie singură, fie asociată cu radioterapia, dar după experienţa noastră trebuie atent evitată în stadiile localizate şi rezervată numai formelor generalizate, sau în prezenţa simptomelor generale de invazie. In orice caz chimioterapia cu substanţele citotoxice utilizate pînă în prezent, nu a putut egala rezultatele favorabile îndepărtate obţinute de radioterapie.

Substanţele citotoxice recomandate de Larionov (29) sînt cloretilaminele (clormetina, novembichina, clorambucilul, dopanul, dopanolul şi ciclofosfamida), iar cele recomandate de Bernard sînt azotiperita şi vincaleucoblastina (17). Noi apreciem efectele obţinute de ciclofosfamidă pe care o socotim că prezintă cel mai favorabil raport între toxicitate şi eficacitate.

Corticoterapia (prednison) o rezervăm numai cazurilor cu anemie hemolitică, trombopenie şi simptome generale

de invazie, dozele administrate fiind situate între 15-60 rg/zi în funcţie de gravitatea simptomelor.

La Clinica de Radiologie a Spitalului Cantacuzino au fost tratate pînă în prezent 63 cazuri de limfogranulom maligh, pe care însă nu putem aprecia valoarea radioterapiei singure, pentru că a fost completată adesea cu chimioterapie sau corticoterapie. Atitudinea noastră terapeutică s-a modificat în ultimii ani, odată cu căpătarea convingerii că remisiunile obţinute cu radioterapia singură în stadiile localizate, sînt mai durabile decît acelea date de asocierea de radioterapie - citostatice. Cînd folosim radioterapia în asociere cu chimioterapia, apreciem că aplicarea lor concomitentă este mai avantajoasă decît alte formule (35).

2. Limfosarcomul ganglionar este mai radiosensibil decît limfogranulomul malign, dar indiferent de radiosensibilitate trebuie administrată o doză minimă utilă de 3000 rad, în măsură să obţină rezultate îndepărtate favorabile.

In limfosarcomatoza ganglionară, deşi este socotită afecţiune tumorală de sistem, tehnica iradierii extensive în scop profilactic, nu are o aplicaţie la fel de largă ca în cazul bolii Hodgkin. De altfel, rezultatele terapeutice publicate, relevă o frapantă similitudine între loturile de bolnavi cu iradierea limitată la aria ganglionară efectuată şi cei supuşi iradierii extensive profilactice (Tablou III).

TABLOU III

Rezultatele terapeutice comparative obţinute în limfosarcom cu iradierea limitată şi iradierea extensivă profilactică. După HOPE-STONE (7)

Metoda de iradiere	Număr de cazuri	Rezultate la 5 ani %	Autorul
Cu iradierea profilactică	95	28	Boden (30)
	124	28	Holme şi Kunkler (21)
	555	27	Rosenberg şi col. (31)
TOTAL	774	27,2	-
Fără iradiere profilactică	81	29	Hilton şi Soutton (22)
	215	25	Peters (8)
	99	36,1	Hope-Stone (7)
TOTAL	395	28,6	-

Datele cuprinse în tabloul III nu sînt în măsură să susţină superioritatea iradierii extensive profilactice în cazul limfosarcomatozei ganglionare.

De asemenea nu există un acord nici în privinţa dozelor tumorilor utile, unii autori recomandînd doze de 3000 R (2), iar alţii doze mai mici, situate între 2000-3000 R. Există chiar rezultate paradoxale care arată că pe 23 de cazuri iradiate cu doza medie de 2000 R s-a obţinut 70 % vindecări de 5 ani, în timp ce pe 28 de cazuri iradiate cu doza medie de 3000 R s-e obţinut numai 46,5 % vindecări de 5 ani (7).

Noi apreciem că atît doza totală, cît şi ritmul de iradiere trebuiesc acordate cu radiosensibilitatea tumorii, deoarece topirea rapidă a ţesutului tumoral chiar dacă este

spectaculară, este frecvent urmată de diseminare.

De aceea recomandăm prudenţă la startul iradierii, aplicînd doze zilnice de 100-150 R, pînă obţinem indicaţii asupra gradului de radiosensibilitate, sau eventual, dacă se foloseşte doza parţială de 200 R, se recurge la o etalare mai întinsă a dozei totale.

3. Reticulosarcomul este mai puţin radiosensibil ca limfosarcomul, doze tumorale recomandate fiind situate între 3000-4000 R. In cazul reticulosarcomului doza tumorală este determinantă în obţinerea rezultatelor favorabile, fiind semnalate în stadiile I + II 38,5 % rezultate de 5 ani cu dozele sub 3000 R şi 61 % cu doze între 3000 şi 4000 R (7). Pe toate stadiile, rezultatele de 5 ani variază între 18 % şi 28,5 %, iar iradierea extensivă profilactică pare a fi inoperantă în ce priveşte ameliorarea rezultatelor îndepărtate (21).

Rezultatele favorabile scad vertiginos cu gradul de diseminare a reticulosarcomului ganglionar, ajungînd de la 52 % în stadiile localizate la numai 2,3 % în stadiile generalizate.

4. Limfomul gigante-folicular este cel mai radiosensibil din grupa limfoamelor maligne, rezoluţia completă a adenopatiei putînd fi obţinută cu doze de 800-1500 R (32), 1500 - 2000 R (7) sau cel mult 2500 R (2). Este util de amintit că radiosensibilitatea crescută nu este proprie numai tumorii ci. ea interesează de asemenea şi măduva hematogenă a unora din bolnavi. Intrucît radiosensibilitatea măduvei hematogene nu poate fi prevăzută, se preconizează începerea iradierii cu doze mai mici sub controlul hemogramei mai ales.

fiind este vorba de iradierea unor volume mai mari (7).

Radiosensibilitatea tumorii nu este paralelă cu gradul de curabilitate, însămînţarea peritoneală şi pleurală compromiţînd frecvent rezultatele imediate obţinute cu iradierea adenopatiei. Cele mai favorabile rezultate semnalate de literatură nu depăşesc 35 - 40 % supravieţuiri de 5 ani pe toate stadiile de evoluţie (7, 22, 33).

In orice caz rezultatele de 5 şi 10 ani apar uşor mai favorabile decît în boala Hodgkin şi apreciabil mai favorabile decît în limfosarcom, reticulosarcomul rămînînd cu cel mai rezervat pronostic în cadrul limfoamelor maligne.

Leucozele.

1. Leucozele acute prin evoluţia lor deosebit de malignă nu oferă nici o posibilitate de aplicare a radioterapiei, toate metodele utilizate relevîndu-se ineficiente. Totuşi, radioterapia locală poate fi deseori un auxiliar paliativ în cazul infiltraţiilor leucemice ale diverselor organe, acestea dovedindu-se extrem de radiosensibile, indiferent de origina limfoidă, mieloidă sau altă formă. Astfel am putut produce rezoluţia completă a unei masive infiltraţii mediastino-pulmonare apărută în cursul evoluţiei unei leucoze limfoide, cu doza zilnică de 20 R pînă la doza totală de 120 R (36).

De asemenea se semnalează rezultate paliative favorabile, obţinute cu doze totale de 450 R în infiltraţiile sistemului nervos central, ale oaselor, pielii şi căilor urinare (37). A fost preconizată chiar iradierea sistematică profilactică a axului cerebro-spinal în cursul remisiunii,

pentru a se preveni invazia sistemului nervos (38), dar majoritatea terapeuţilor preferă să intervină numai în prezenţa semnelor de infiltraţie leucemică.

2. Leucozele cronice prezintă o bună indicaţie pentru radioterapie dar, după cum vom încerca să arătăm, implică un deosebit discernămînt în aplicarea ei, în funcţie de multiplii factori clinici şi biologici.

Radioterapia leucozelor cronice este utilizată sub forma iradierii totale şi locale, prima fiind adresată ţesutului blastogen diseminat şi a doua, ţesutului blastogen localizat (splină, adenopatii şi infiltraţiile leucemice ale diverselor organe.

Radioterapia totală utilizează iradierea externă (teleradioterapia) sau iradierea internă cu ajutorul radioizotopilor (P^{32}) fiind dificil de stabilit superioritatea uneia dintre metode. Radiosensibilitatea crescută a celulei leucemice face aplicabile ambele metode, chiar dacă diferenţa de radiosensibilitate faţă de celulele de origine nu este prea mare (39).

Teoretic, iradierea totală cu ajutorul P^{32} ar părea superioară iradierii totale deoarece încorporarea radiofosforului este mai selectivă fiind crescută în splină, celula tumorală în general şi oase, dar, compararea rezultatelor ambelor metode nu permite să se afirme această superioritate.

Iradierea totală externă, la rîndul ei ar putea fi superioară prin posibilităţile mai mari de control asupra dozei administrate deoarece timpul de înjumătăţire biologic

şi,deci, doza, suferă variaţii cu numeroşi factori clinici şi metabolici. Noi am arătat în alte lucrări modificările încorporării P^{32} în diversele organe determinate de prezenţa sau absenţa splinei (40), organ totdeauna interesat în leucozele cronice.

Practic, ambele metode de iradiere totală sînt utilizate cu rezultate similare, alegerea uneia dintre ele fiind determinată mai mult de experienţa radioterapeutului.

Cantitatea de 1 mCi de radiofosfor administrat intravenos eliberează o doză de 6 R ($T_{1/2}$ = 14,3 zile)(41), dar distribuţia acestei doze este apreciabil diferită faţă de iradierea totală externă mai omogenă.

Folosindu-se însă criteriul efectului biologic asupra celulelor leucemice în leucoza limfoidă şi mieloidă, s-a stabilit că efectul produs de 1 mCi de P^{32} administrat intravenos este echivalent cu acela produs de doza de 15 R în iradierea totală externă (42).

Iradierea totală externă foloseşte pentru tratamentul leucozei mieloide cronice doza totală medie de 150 R (măsurată în aer) administrată în fracţiuni de 1o - 2o R în 4-12 săptămîni, iar pentru leucoza limfoidă cronică doza totală medie de 1oo R administrată în 4-12 săptămîni (43).

Iradierea internă cu P^{32} se face preferabil prin administrare intravenoasă, doza parţială fiind 2o mCi /kg pentru leucoza limfoidă şi 4O mCi/kg pentru cea mieloidă, administrată repetat la intervale de 1 - 3 săptămîni, pînă la doza totală de 6o - 4oo mCi/kg.(44).

Indiferent de metoda de iradiere totală aplicată, a-

precizăm că obţinerea remisiunii cu stingerea unui nivel de 10 - 15.000 leucocite/mm^3, poate fi indiscutabil mai uşor controlată prin administrarea dozelor parţiale mici. Dozele mari administrate în iradierea totală (25-50 R) prezintă nu numai dezavantajul unei bruşte distrugeri leucocitare cu complicaţii prin creşterea excreţiei de acid uric, dar şi riscul provocării bolii de iradiere cu consecinţele negative inerente.

Dozele folosite de noi în telerăntgenterapia totală (200 kV - 20 mA - 1 mm Cu - Dist.175 cm) nu depăşesc doza parţială zilnică de 5 R şi doza totală de 40 - 100 R în funcţie de răspunsul leucocitelor controlat zilnic sau la 2 zile, pînă la obţinerea nivelului dorit de 10-15000 leucocite/mm^3.

Dacă se folosesc doze parţiale mai mari (10-25 R) scăderea leucocitelor nu mai poate fi controlată, putîndu-se ajunge uneori foarte mult sub nivelul de confort biologic al bolnavului. Dealtfel, aceasta este motivul pentru care în cazul utilizării dozelor mari se recomandă încetarea radioterapiei cînd se ajunge la 40.000 leucocite/mm^3 (45). În orice caz controlul atent şi permanent al leucogramei în cursul radioterapiei totale este esenţial, alţi autori acordînd o mai mare valoare indicaţiilor date de mielogramă (46).

Iradierea locală este adresată splinei, ficatului şi focarelor de infiltraţie leucemică ale diverselor organe.

Scăderea numărului leucocitelor, datorită atît acţiunii directe asupra splinei, cît şi acţiunii indirecte de deprimare a ţesuturilor limfo şi hematopoetic exercitată prin iradierea splinei (47), se obţine cu doze parţiale de

25-100 R. Dozele totale sînt stabilite de răspunsul leucogramei recomandîndu-se, ca şi în cazul iradierii totale, multă prudenţă în administrarea dozelor, motivele fiind aceleaşi.

In cazul splenomegaliilor voluminoase noi scădem doza parţială la 10 R, dar în general preferăm să împărţim suprafaţa anterioară a splinei în 4 cadrane pe care le iradiem separat cu doza de 25 R, numărul cîmpurilor modificîndu-se cu scăderea splenomegaliei. Se apreciază că doza de radiaţii administrată splenomegaliilor din cursul leucozei limfoide trebuie să fie reduse la jumătate faţă de cele administrate în leucoza mieloidă (48) dar, indiferent de diferenţa de radiosensibilitate, criteriul principal al dozelor şi ritmului de iradiere rămîne leucograma.

In orice caz cînd se iradiază splina în leucozele cronice este de recomandat evitarea cortizoterapiei concomitente din cauza reacţiilor leucocitare paradoxale observate de noi experimental şi clinic (49).

Adenopatiile apărute în cursul evoluţiei leucozelor limfoide sînt deobicei uşor rezolvate cu doza de 1000-1200 R, iradierea lor locală neconstituind o contraindicaţie pentru aplicarea concomitentă a iradierii totale.

Rezoluţia infiltraţiilor leucemice ale diverselor organe se obţine de asemenea cu doze relativ mici de 1000-1500 R (doze zilnice de 200 R) rar fiind necesare doze mai mari.

Contraindicaţiile radioterapiei în leucozele cronice sînt furnizate de starea generală excesiv alterată,

leucopenie şi trombopenie, dar nu de febră, anorexie sau alte simptome ale leucozelor cronice.

Anemia în sine, cu mecanisme multiple, nu constituie o contraindicaţie cu excepţia anemiei prin hipersplenism care nu beneficiază de iradierea splinei.

De asemenea s-a constatat că bolnavii avînd peste 50 % mieloblaşti, limfoblaşti sau monoblaşti, răspund foarte rar favorabil la iradiere (2).

Rezultatele obţinute cu radioterapia în leucozele cronice sînt dificil de apreciat în comparaţie cu acelea obţinute de chimioterapia citostatică şi corticoterapie sau cu acelea obţinute de asocierea radiaţii-citostatice.

Cu toate metodele, supravieţuirile de 5 ani nu depăşesc 30 - 40 %, cca 10 % din bolnavi decedînd în primul an de boală.

3. Policitemia vera îşi găseşte de asemenea o indicaţie pentru iradierea totală în special pentru iradierea internă cu P^{32} chiar dacă unii autori (2) apreciază de asemenea eficienţa iradierii totale externe.

Doza iniţială de P^{32} este de 3 - 4,5 mCi în funcţie de numărul eritrocitelor (4,5 mCi dacă numărul eritrocitelor depăşeşte 9 mil./mm^3 şi 3 mCi sub 7 mil./mm^3), următoarea doză fiind administrată după 3 - 4 luni şi apreciată după răspunsul obţinut de doza iniţială (50,51).

Dacă numărul de eritrocite este foarte crescut, depăşind 7,5 mil./mm^3, administrarea radiofosforului este precedată de una sau mai multe venesecţii pînă ce nivelul eritrocitar atinge 6 mil./mm^3.

Prudenţa în alegerea dozelor de P^{32} sau de radio-

terapie externă este recomandată de multiplele observaţii concordante că la bolnavii cu poliglobulie trataţi prin radiaţii, frecvenţa leucozelor creşte considerabil.

Pe un număr de 1222 cazuri de policitemie iradiate, s-a constatat că la % din bolnavi au sucombat cu diverse forme de leucoză (52) iar pe un alt lot de 179 cazuri frecvenţa leucozelor a fost încă mai curentă, atingînd 12,2 % (53).

Independent de acest aspect, se apreciază că radioterapia prudent condusă oferă bolnavilor cu policitemie o prelungire importantă, media lor de viaţă fiind cu puţin inferioară celei normale (2).

РАДИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕМОПАТИЙ

Проф.Д-р И.Бырзу, Д-р Шт.Григореску

Клиника Радиологии при больнице им."Др.И.Кантакузино"

Используя данные литературы и свой опыт, авторы уточняют значение и показания для применения радиаций в лечении злокачественных гемопатий.

Гисто-химическое разнообразие злокачественных гемопатий /острые и хронические лимфатические миелоидные лейкозы, полиглобулия, болезнь Ходжкина, лимфосаркома, ретикулярная сетчатая и гиганто-фолликулярная саркома /требует рационального выбора техники локализированного и общего облучения, для получения наилучших терапевтических результатов.

Повышенная чувствительность к лучистой энергии со стороны злокачественных гемопатий, дает возможность широкого применения локализированной и общей радиотерапии, которая является главным методом лечения этих форм опухоли в их общности.

Вышеупомянутую точку зрения поддерживают следующие факты:

а.-локализированное облучение является предпочтительным по сравнению с химиотерапией, в отношении сохранения иммунитетной способности;

б.-удельный вес лимфомов, где радиотерапия дает лучших результатов, является преобладающим по сравнению с лейкозами, где химиотерапия часто является более эффективной;

в.-химио-кортикотерапия почти всегда должна действовать совместно с радиотерапией, либо для достижения более сильного действия, либо для временного рассасывания локализированных лейцемических инфильтратов.

В болезни Ходжкина радиация повышенной энергии необходима, так как облучение должно быть экстенсивным /заинтересованы все лимфатические группы/ и интенсивным /дозы в 3-4000 р/сек. в течение 3 - 4 недель/, это принципы, рекомендуемые большинством радиотерапевтов.

В случае лимфосаркомов, ретикулосаркомов и гигантофолликулярных саркомов, профилактическая экстенсивная радиотерапия не рекомендуется, так как терапевтические результаты похожи на результаты паллиативного облучения.

Выживания до 5 и 10 лет являются более благоприятными для гиганто-фолликулярной саркомы, и менее благоприятны для болезни Ходжкина, причем ретикулосаркома имеет самый суровый прогноз.

Что касается использования радиоизотопов /^{32}P/ или же телерадиотерапии для общего облучения лейкемических субъектов, авторы считают, что применение одного или другого из методов не влияет чувствительно на терапевтические результаты, но в полиглобулии радиофосфор остается методом, который следует избирать.

LA RADIOTHÉRAPIE DES HÉMOPATHIES MALIGNES

Prof.dr.I.Bîrzu, dr. St.Grigorescu
Clinique de Radiologie de l'hôpital
"Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

Utilisant les données de la littérature et leur expérience les auteurs font une mis au point sur la valeur et l'indication des radiations dans le traitement des hémopathies malignes.

La diversité histo-clinique des hémopathies malignes (les leucémies lymphoïdes et myéloïdes, aigues ou chroniques, la polyglobulie, la maladie Hodgkin, le lymphosarcome, le réticulosarcome et la maladie Brill-Symmers) exige une judicieuse sélection des techniques d'irradiation locale ou générale, en vue de l'obtention des meilleurs résultats thérapeutiques.

La radiosensibilité accrue des hémopathies malignes offre une large application de la radiothérapie locale ou générale qui, d'après les auteurs, constitue la principale méthode dans le traitement de l'ensemble de ces formes tumorales.

Ce point de vue mentionné est soutenu par les faits suivants :

a. l'irradiation localisée est préférable à la chimiothérapie en ce qui concerne la conservation de la capacité immunologique;

b. le poids spécifique des lymphomes, où la radiothérapie obtient les meilleurs résultats, est prépondérant par rapport aux leucémies, où la chimiothérapie et la corticothérapie sont souvent plus efficaces;

c. la chimio-corticothérapie est, presque toujours, obligée d'associer la radiothérapie, soit pour l'obtention d'un effet renforcé, soit pour la résolution palliative des infiltrations leucémiques localisées.

Dans la maladie de Hodgkin les radiations de haute énergie s'imposent, vu que l'irradiation doit être extensive (concernant toutes les groupes ganglionnaires) et intensive (doses de 3-4000 rads en 3-4 semaines), principes qui d'ailleurs sont préconisés par la plupart des radiothérapeutes.

Dans le cas des lymphosarcomes, des réticulosarcomes et des lymphomes giganto-folliculaires, la radiothérapie extensive prophylactique n'apparaît pas recommandables aux cas de l'irradiation limitée.

Des survies de 5 et 10 ans sont meilleures pour le lymphome giganto-folliculaire et moins favorables pour la maladie Hodgkin, le réticulosarcome gardant le pronostic le plus sévère.

Quant à l'utilisation des radioisotopes (^{32}P) ou de la téléradiothérapie pour l'irradiation générale des sujets leucémiques, les auteurs estiment que l'application d'une méthode ou d'une autre n'influence pas sensiblement

les résultats thérapeutiques, mais, dans les polyglobulies le radiophosphore reste la méthode de choix.

COMUNICARI

Cercetarea complexa röntgenbronhologica [illegible]
diferential al leziunilor limfatice de [illegible]
ganglionilor mediastinali

Prof. L.S.Rozenstraukh, F.A.Astrahantev, T.S.Putievskaia

Комплексное рентгено-бронхологическое исследование в дифференциальной диагностике системных поражений лимфатических узлов средостения.

проф.Л.С.РОЗЕНШТРАУХ, Ф.А.АСТРАХАНЦЕВ, Т.С.ПУТИЕВСКАЯ
(Москва)

Настоящее сообщение основано на исследовании 482 больных с поражением лимфатических узлов средостения (болезнь Ходжкина, Беньо-Бека, Шаумана, лимфогранулематоз, ретикулосаркома, лимфосаркома, туберкулезный бронхоаденит, метастазы рака). Использовались следующие дополнительные рентгенологические методики: многопроекционная томография, пневмомедиастинография, различные виды медиастинальной ангиографии (кавография, аортография, маммарнография и др.). Сопоставления и верификация диагнозов показали, что в 55,6% случаев больные направлялись в стационар с неправильными диагнозами. Тщательное изучение рентгенологической семиотики позволило установить, что, несмотря на наличие некоторых отличий, достоверная и надежная дифференциальная диагностика во многих случаях затруднительна, а у ряда больных невозможна.

Подобная ситуация привела к серии диагностических ошибок, повлекших за собой, в свою очередь, неправильную лечебную тактику. Это заставило нас провести поиски других методов исследования, способных дать более достоверную информацию.

Мы остановились на методике трансбронхиальной пункции, осуществляемой под контролем рентгеновского экрана в рамках

комплексного бронхологического исследования под наркозом с применением миорелаксантов. В зависимости от преимущественного поражения той или иной группы лимфатических узлов добывается полноценный материал для цитологического исследования.

Подобное исследование произведено у 102 человек. У 99 из них оно позволило установить точный нозологический диагноз. При правильном и строгом соблюдении техники и методики исследования серёзных осложнений не происходит. В рабочую бригаду входят 3 врача: рентгенолог - бронхолог, наркотизатор и цитолог. Опыт показал, что применение описанной методики вполне себя оправдывает, т.к. она резко сокращает период исследования и, главное, позволяет получить почти во всех случаях точный и достоверный диагноз. В отдельных наблюдениях исследование дополняется трансторакальной пункцией, которая также проводится под контролем рентгеновского экрана.

Нам представляется, что сочетанное рентгено-эндоскопическое исследование с взятием материала для микроскопического изучения является ценным и перспективным направлением в рентгенологии. Оно будет в ближайшем будущем широко применяться и в других областях, в частности в диагностике заболеваний пищеварительного тракта, в первую очередь рака желудка.

[illegible]

Рентгенологическое исследование в диагностике различных форм кишечной непроходимости.

профессор Л.С.РОЗЕНШТРАУХ (Москва)

Изучена рентгенологическая картина 577 больных с различными видами кишечной непроходимости. У 394 исследованных

имела место механическая непроходимость, у 183 - функциональная непроходимость. Методика исследования включала обзорную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости, полипозиционное исследование, контрастную ирригоскопию и прием водорастворимых контрастных препаратов.

Для ирригоскопии применялся прибор В.И.Петрова, позволяющий создавать двойное контрастирование и регулировать давление в толстой кишке. Тонкая кишка исследовалась при помощи перорального введения бариевой взвеси при частичной хронической непроходимости; в большинстве случаев вместо бариевой взвеси использовался гастрографин. Энтероклизма использовалась лишь в ограниченном количестве наблюдений. Использование описанной методики, дополненной в ряде случаев кратковременным динамическим наблюдением, позволила в подавляющем большинстве случаев определить характер и уровень нарушения проходимости кишечника. Изучена рентгенологическая картина странгуляционной непроходимости; выявлен ряд симптомов, характерных для частичного и полного заворота различных отрезков толстой и тонкой кишки, узлообразования, ущемления петель кишки тяжами и грыжевыми воротами. Обнаружены признаки, типичные для различных по происхождению и уровню обтурации кишечника - на почве перегиба, рубцов, спаек, опухолей, инвагинаций и т.п. Получены убедительные и демонстративные симптомы функциональной непроходимости, обусловленной нарушением брыжеечного кровообращения, общей интоксикацией организма и др.

Особый интерес представляет распознавание спастической и паралитической непроходимости, а также совокупность симптомов, позволяющих отличить механическую и функциональную непроходимость (характер и распространенность вздутия, количество

скопившейся жидкости, количество очертания и размеры чаш и арок, соотношение жидкости и газа, характер моторной деятельности и т.п.)

Немалое практическое значение имеет оценка состояния кишечника при ряде острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости - холецистите, панкреатите, аппендиците, а также при различных стадиях развития перитонита. Правильная расшифровка полученных данных может в ряде случаев способствовать выбору целесообразной лечебной тактики, что нередко отражается на судьбе больного.

В заключении рентгенолога должны быть отмечены все основные моменты: характер непроходимости (механическая, функциональная); локализация процесса; вид непроходимости (ущемление, узлообразование, заворот, закупорка, инвагинация, перегиб, стеноз, тромбоз, спазм, паралич и т.п.). При возможности, следует указать и этиологические факторы - опухоль, приводящая к закупорке; спайки, способствующие ущемлению и т.д.

Рентгенолог, хорошо владеющий методикой исследования при подозрении на кишечную непроходимость и умеющий правильно расшифровать полученные данные может оказать весьма существенную помощь хирургу при трудном и часто не терпящем отлагательствавыборе лптимальной лечебной тактики .

ROLE OF BONE MARROW SCANNING IN THE ASSESSMENT OF MARROW RECOVERY FOLLOWING RADIOTHERAPY OF LYMPHOMAS

Dr.Silvio Landmann, Prof.Dr.David Weber, Prof.Dr.Philip Rubin and Dr.Eric Mayer.

A combined clinical and experimental study was undertaken in order to evaluate bone marrow response to extended field radiation therapy. A total of 42 scans were obtained on 28 patients with various stages of Hodgkin's disease and lymphosarcoma, before, soon after and at various time intervals up to 8 years following treatment. In spite of the well known technical difficulties with the currently employed radiocolloid method, an assessment of central marrow suppression or recovery and of peripheral extension into limbs could be made in most cases. Radiation dose of 4000-4500 rads to all major lymph node sites on both sides of the diaphragm led to prompt suppression of central bone marrow and to peripheral extension in most cases. More than 50% recovered after two years, some even sooner, demonstrating that the radiation tolerance of the marrow might be higher than previously assumed. Peripheral blood counts did not reflect the status of the central bone marrow. More evidence is being accumulated relating the pattern of marrow redistribution and regeneration to additional courses of radiotherapy, to splenectomy and to chemotherapy. The implications of these data in the management of lymphomas will be briefly outlined.

POSSIBILITÉS DIAGNOSTIQUES ET IMAGES RADIOLOGIQUES DANS LES FORMES MÉDIASTINALES DES TUMEURS LYMPHORÉTICULAIRES

Dr. D. Konstantinov

Faculté de Medecine - Plovdiv, Bulgarie -

Chaire de Radiologie

On analyse les données obtenues par la différentes méthodes radiologiques, routinières et plus actuelles (pneumomédiastinographie, examens vasculaires), appliquées sur 50 malades de différentes formes médiastinales des tumeurs lymphoréticulaires. L'auteur essaie de déterminer les possibilités diagnostiques de ces méthodes et décrit des symptômes radiologiques caractéristiques. A la base du symptôme radiologique cardinal, comme l'élargissement de l'ombre du médiastin en projection faciale, il propose le schéme de l'atteinte morbide du médiastin, en acceptant que les multiples variétés dans l'agrandissement de son ombre peuvent être réduites à quatre formes fondamentales.

ABOUT THE DIFFERENTIATING RÖNTGENDIAGNOSIS OF THE ALTERATIONS OF THE VESSELS AND SYSTEMATIC DISEASES WITH LUNG - MEDIASTINUM LOCALISATION

Dr.Nicola Kotev

Medical Faculty Plovdiv (Bulgaria)

Chair of Röntgenology and Radiology

The röntgen image of some tumor formations from the group of the systemic illnesses located in the chest region of the human body resembles lipiodized vessels although it is not aneurismus.

With this work we aim to share our modest experience in the field of the differential röntgen diagnosis. We have investigated 98 people with the above mentioned illnesses. The röntgen methods used by us were, röntgenography, tomography, bronchiography and radiokymography.

RADIOLOGICAL [illegible] OF MD C[illegible]

I. M. Zumin, M.D.

Professor of [illegible], Cairo [illegible]

The important role that X-ray plays in the field of dermatelology falls under two items: first, the therapeutic one and this is one of the most important that we procure to treat the various dermatoses, and the second item the use of X-ray in the diagnosis of many skin conditions.

The diagnostic value of X-ray applies to many skin groups of skin diseases and for this purpose we consider the group of collagenoses.

In systemic sclerosis, i.e., generalized scleroderma radiologic manifestations may be seen in many of the body systems including the gastrointestinal tract, the lungs and bones. In the gastrointestinal tract the X-ray

findings involve all the system, but the oesophygus suffers more with the characteristic stenosis that results in dysphagia. Dilatation and atonicity of the stomach is also a feature. Sclerosis of the lungs with fibrosis and the resultant dyspnea and cough characterise the pulmonary involvent in systemic sclerosis. The skeletal system affection leads to disability, first the joints are prone to be affected especially those of the hands, then the joint spaces and finally the general sclerotic changes of the joint structures.

The other members of the collagenoses present also some radiological characteristics and these and certain others are going to be discussed in the presented paper.

CONTRIBUȚII LA DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL LIMFOGRANULOMULUI MALIGN CU LOCALIZARE MEDIASTINALĂ

Prof.Dr.I.Dîrzu, Dr.Lucreția Cotună, Dr.Ion Coțură,
Dr. I.Jocu

Clinica radiologică Spitalul "Dr. I. Cantacuzino"

Limfogranulomatoza malignă cu localizare mediastinală reprezintă 40-60 % din toate limfadenopatiile maligne mediastinale. Sînt destul de frecvente cazurile cu localizare inițială și exclusiv mediastinală, însoțite de semne clinice lipsite de valoare diagnostică. Radiodiagnosticul are în aceste cazuri valoarea maximă, stabilind sediul, forma și evoluția masei tumorale ganglionare.

Studiin imaginile radiografice standard și tomografice ale mediastinului tuturor cazurilor de limfogranu-

loi atoză malignă internate în serviciul de radioterapie a Spitalului "Dr.I.Cantacuzino" din 1958 şi pînă în 1972, autorii încearcă o sistematizare a semiologiei radiologice a mediastinului lărgit caracteristic acestei afecţiuni.

Astfel autorii disting 4 tipuri ale adenopatiei hodgkiniene :

1). Opacităţi multiple policiclice, bilaterale, asimetrice fiind cea mai frecventă formă întîlnită;

2). Opacitate unică sau paucigangliomară de dimensiune medie, formă mai rar întîlnită;

3). Aspecte pseudotumorale, monociclice, deosebit de des întîlnite, cu tendinţă de dezvoltare în mediastinul anterior simulînd o tumoră benignă;

4). Imagini atipice sau complexe fiind o sumă de opacităţi mono sau policiclice ganglionare cu determinări pulmonare sau pleurale.

Se insistă mai ales asupra imaginilor atipice sau complexe rezultînd din combinarea atingerilor mediastinale cu cele pulmonare şi ale pleurei. De asemenea, se discută dificultăţile de diagnostic în adenopatia unică şi exclusivă.

Autorii fac o corelare a datelor radiografiilor standard şi tomografiilor mediastinale cu cele aduse de investigaţia limfografică în vederea aprecierii stadialităţii corecte a cazurilor studiate.

CONTRIBUTIONS AU DIAGNOSTIQUE RADIOLOGIQUE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNE À LOCALISATION MÉDIASTINALE

Prof.Dr.I.Bîrzu, Dr.Lucreţia Cotună,
Dr.Ion Cotună, Dr.Ioan Jocu

La lymphogranulomatose maligne à localisation médiastinale représente 40-60 % de toutes les lymphoadénomes malignes médiastinales. Ils sont assez fréquent les cas localisés à l'origine et exclusive médiastinales, associés aux signes cliniques manqués de valeur pour la diagnose. Le radiodiagnostique dans ces cas présente une valeur maximale, établissant le siège, la forme et l'évolution des masses ganglionaires tumorales.

En étudiant les images radiographiques standard et tomographiques du médiastin dans tous les cas de lymphogranulomatose maligne hospitalisés dans le service de radiothérapie d'hopital Dr.I.Cantacuzino à partir de 1958 jusqu'à 1972, les auteurs ont essayé une sistematisation de la sémiologie radiologique du médiastin élargi caracteristique à cette affection.

C'est ainsi que les auteurs distinguent 4 sortes de l'adénopathie hodgkinienne nommément:

1. Des opacités multiples policycliques, bilatérales, asymétriques, étant la forme la plus fréquemment rencontrée;

2. L'opacité unique ou paucigangliomaire de dimension moyenne, une forme moins souvent rencontrée;

3. Aspect pseudo-tumorales, monocycliques, particulièrement souvent rencontré, avec un tendence de dévelop-

pement dans le médiastin antérieur, simulant une tumeur benigne;

4. Des images atypiques ou complexes étant la somme des opacités mono ou policycliques ganglionaires aux déterminations pulmonaires ou pleurales.

On insiste surtout sur les images atypiques ou complexes résultant de la combinaison des atteinbements médiastinales avec ceux des poumons et pleural. On discute de même les difficultés de diagnostique dans l'adénopathie unique et exclusive.

Les auteurs font une corrélation des données radiographiques standard et des tomographies médiastinales avec celles apportées par l'investigation lymphographique en vue d'une estimation correcte du stade d'évolution des cas étudiés.

EXPERIENTA NOASTRA IN DIAGNOSTICUL SI TRATAMENTUL LIMFOGRANULOMATOZEI MALIGNE

Prof.Dr.Gh.Chiglesg,dr.G.Popa,dr.C.Denill, Dr. E. Bilă, dr.E. Dangeanu

Clinica radiologică Iași

In Clinica radiologică din Iași, au fost internați în ultimii 20 de ani 245 de bolnavi cu limfoame maligne,din care 323 cu boala Hodgkin.

După ce fac considerații asupra repartiției pe sex, vîrstă și încadrare stadială, autorii se opresc la unele probleme de diagnostic radiologic și expun metodele terapeutice utilizate cu rezultatele obținute în diferite

pericade de timp.

Admiţînd că limfogranulomatoza se extinde pe continuitatem în sens cranio-caudal la teritorii limfatice adiacente celui iniţial s-a cercetat măsura în care aceasta se constată pe radiografiile toracice succesive, în cursul evoluţiei localizărilor mediastinale şi pe limfografii pentru ganglionii lomboaortici, iliaci şi inghinali.

Sînt descrise modificările mediastinale cele mai caracteristice înainte şi după radioterapie, interesarea plămînului şi pleurei, focarele osoase, debutul visceral.

Limfografia a permis autorilor studiul modificărilor de sediul structură şi dimensiuni a ganglionilor retroperitoneali şi a fost utilizată pentru stadializare.

In ce priveşte tratamentul, pînă în 1962, autorii au utilizat radioterapia convenţională a psoho-telor afectate, administrînd în focar 1.800 - 2.400 R, iar după 1962, telecobaltoterapia, metodă cu care au reuşit să sporească doza în focar la 3.000 - 4.000 R, iradiind şi staţiile limfatice adiacente şi ameliorînd indicele de supravieţuire la 5 ani.

NOTRE EXPERIENCE EN CE QUI CONCERNE LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNE

Prof.dr.Ch.Chiglesg, dr.G.Popa, dr.C.Daniil, dr.E.Bild,
dr. E. Hanganu
Clinique Radiologique de Jassy

A la Clinique Radiologique de Jassy ont été admis pendant les dernières 20 années, 1045 malades à lymphomes malignes, 323 d'entre eux avec la maladie de Hodgkin.

En faisant des considérations sur la répartition des cas d'après le sexe, âge et la classification clinique, les auteurs s'arrêtent à quelques problèmes de diagnostique radiologique et il exposent les méthodes thérapeutiques utilisées en diverses périodes et les résultats obtenus.

En admettant que la lymphogranulomatose s'étend par continuitatem en sens cranio-caudal, aux territoires lymphatiques adjacentes à celui initial, on a recherché en quelle mesure on constate cela sur les radiographies thoraciques successives au cours de l'évolution des localisations médiastinales et sur les lymphographies concernant les ganglions lombo-aortiques, illiaques et inguinaux.

Ils sont décrites les manifestations médiastinales les plus caractéristiques avant et après la radiothérapie, la participation du poumon et de la plèvre, les foyers osseux et le début viscéral.

La lymfographie a permis aux auteurs l'étude des modifications de siège, structure et dimensions des ganglions retropéritonéales et a été utilisée pour la classification clinique.

En ce qui concerne le traitement, les auteurs ont utilisé jusqu'au 1962 la radiothérapie conventionnelle des paquets affectés, en administrant 1800-2000 R-foyer; après 1962 ils ont utilisé la télécobaltthérapie méthode qui leur a aidé d'augmenter la dose-foyer jusqu'à 3-4000 R, en irradiant aussi les stations lymphatiques adjacentes et en améliorant l'index de survie à 5 ans.

MANIFESTĂRILE INTRATORACICE ÎN EVOLUȚIA LEUCEMIEI ACUTE LA COPIL

Prof.dr.Ch.Goldiș, dr.V.Bucșa, dr.Steluța Cărnaru, dr.Al. Zubcov

Clinica Pediatrică Fundeni

Procesul neoplazic din cursul leucemiei acute poate afecta diverse țesuturi, organe sau sisteme ca: splina, ficatul, ganglionii, buco-faringele, tegumentele, sistemul osteo-articular și nervos, pulmonul, etc. și corespunzător acestora să realizeze forme și sindroame clinice corespunzătoare: ganglionară, hepato-splenomegalică, anemică, nervoasă, pulmonară, etc. In localizarea proceselor leucemice intratoracice are o mare importanță diagnostică.

Pe baza casuisticii Clinicii de pediatrie a Spitalului Clinic Fundeni, de 2oo cazuri de leucemie într-o perioadă de 7 ani, manifestările intratoracale în evoluția leucemiei acute se pot grupa în 3 :

1. O localizare rară, dar importantă a leucemiei intratoracice este infiltrația leucemică a parenchimului pulmonar, realizînd pneumopatia leucemică. Aceasta instalată la debutul bolii și însoțită de un sindrom infecțios, poate crea dificultăți de diagnostic etiologic pediatrului și radiologului, ducînd frecvent la confundarea cu pneumopatiile bacteriene. Etiologia leucemică într-un caz personal a fost dovedită prin examen anatomo-patologic.

2. Leucemii acute cu adenopatii tumorale mediastinale la debutul sau în evoluția lor. La debutul bolii acestea ridică probleme de diagnostic diferențial cu : boala

Hodgkin, limfosarcoame, adenopatii tbc.etc.

3. Procesele supurative pleuro-pulmonare de tipul stafilococcici pulmonare, cu toate complicatiile sale (pleureuie, pneumotorax,etc.). Frecvente acestore este mare la leucemici din cauza deficitelor imunologice.

MANIFESTATIONS INTRATHORACIQUES PENDANT L'EVOLUTION DE LA LEUCEMIE AIGUË CHEZ L'ENFANT

Prof.dr.Ch.Goldiş, dr.V.Bucşa, dr.Steluţa Cărnaru, dr. Al.Zubcov

Clinique de Pédiatrie de l'hôpital Fundeni

Le processus néoplasique au cours de la léucemie aiguë peut affecter diverses organes ou systémes parmi lesquelles : la rate, le foie, les ganglions lymphatiques, le. téguments, les systémes ostéo-articulaires et nerveux, le poumon etc. et il peut realiser leur correspondant les syndromes cliniques : ganglionaires, hépatosplenomegalique,anemique, nerveux, pulmonaire,etc. En ce qui concerne la localisation intrathoracique des processus léucémiques, la radiologie a une importance essentielle,pour le diagnostique.

Basée sur l'étude de 2oo cas de leucémies dans une période de 7 années - les manifestations intrathoraciques de la leucémie aigue peuvent être groupées en 3 catégories:

1. Une localisation peu fréquente mais importante de la leucémie intrathoracique est constituée par l'infiltration leucémique du parenchime pulmonaire, réalisant la pneumopathie leucémique. Celle-ci, installée au début de la maladie et accompagnée par un syndrome infectieux, peut

onéreuses difficultées du diagnostique étiologique, pour le pédiatre autant que pour radiologist, menant frequemment à des confusions avec les pneumopathies bactériennes. Dans l'un des cas presentés l'ethiologie leucémique fut prouvée par l'examen anatomo-pathologique.

2. Leucemies aiguës avec adénopathies tumorales médiastinales au début ou pendant leur évolution. Au début de la maladie celle-ci suscite des problèmes de diagnostique différentiel avec la maladie de Hodgkin, les lymphosarcomes, les adénopathies TBC,etc.

3. Procéssus supuratives staphylococciques pleuro-pulmonaires avec toutes leurs complications (pléurésies, pneumothorax,etc.). A cause des deficits immunologiques, leur frequence est plus grands au cours des leucémies.

PROBLEME DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE IN MALADIILE DE SISTEM CU LOCALIZARE TORACICA

Conf.dr.C.Coman, Conf. dr. Fl.Barcan, Dr. A.Stan, dr.Mure Dimitriu, dr.Georgeta Georgescu, dr.A.Ianăş
Clinica de chirurgie toracică Bucureşti

Autorii prezintă experienţa clinicii de cgirurgie toracică din Bucureşti, în acest domeniu, analizînd diferitele localizări : mediastin, plămîn, perete.

Referitor la problemele diagnostice, se insistă asupra aspectului polimorf şi la absenţa unor metode de investigaţie capabile să pună un diagnostic în toate cazurile, fapt ce a impus intervenţia chirurgicală în unele cazuri cu localizare mediastinală.

Problemele terapeutice sînt amplu dezbătute, susţinîndu-se superioritatea tratamentului complex radio-chimio-chirurgical în cele cu localizare pulmonară pe peretele toracic şi chiar în cele mediastinale. Se prezintă, de asemenea, unele cazuri la care s-a făcut exclusiv radioterapie.

PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DANS LES MALADIES DU SYSTÈME À LOCALISATION THORACIQUE

Prof.agrégé dr.C.Coman,prof.agrégé dr.Fl.Barcan, dr.A. Stan,dr.Georgeta Georgescu,dr.Mura Dimitriu,dr. A. Ianăş

Clinique de Chirurgie Thoracique Bucarest

Les auteurs présentent l'experience de la Clinique de Chirurgie Thoracique de Bucarest, dans ce domaine, en analysant les diverses localisations: médiastinales,pulmonaires, parietales.

Du point de vue des problèmes diagnostiques, on insiste sur l'aspect polymorphe et sur l'absence de certains signes et méthodes d'investigation qui pourraient conduire dans tous les cas au diagnostic ce qui a déterminé l'intervention chirurgicales dans quelques cas avec localisation médiastinale.

Les problèmes thérapeutiques sont amplement débattues, en insistant sur la supériorité du traitement complexe radio-chimio-chirurgical dans les cas avec localisation pulmonaire et pariétale thoracique et même dans ceux avec localisation médiastinale.

On présente aussi des cas où l'on a appliqué exclusivement la radiothérapie.

CONFRUNTARI RADIO-MEDIASTINOSCOPICE IN DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL AL ADENOPATIILOR MEDIASTINALE

Conf.dr.E.Rațiu, dr.L.Hica, dr.N.Coman
Clinica radiologică și Secția de chirurgie toracică a spitalului clinic de pneumoftiziologie - Cluj

In bolile maligne de sistem cu debut și localizare intratoracică aparent solitară, fără determinări semnificative regionale sau la distanță, nici modificări hematologice caracteristice, autorii au întîlnit uneori dificultăți apreciabile în diagnosticul diferențial față de adenopatiile intratoracice benigne de formă tumorală. In scopul precizării diagnosticului pozitiv în "cazurile problemă", în care toate celelalte mijloace curente de investigație - cu excepția toracotomiei - au rămas neconcludente - s-a recurs la mediastinoscopia biopsică.

Dintr-o serie de 165 mediastinoscopii pentru afecțiuni intratoracice diverse, care nu au putut fi elucidate prin alte mijloace, intervenția s-a practicat în 61 de cazuri pentru leziuni ale sistemului limfoganglionar peritraheobronșic, obținîndu-se 86,88 % rezultate concludente.

Autorii confruntă tabloul radiologic realizat de variatele adenopatii de formă tumorală și limforeticulopatii maligne cu sediu mediotoracic explorate, cu rezultatul biopsiei mediastinale, scoțînd în relief elementele care favorizează stabilirea diagnosticului diferențial, precum și cursele de

oroare. Coroborarea celor două metode în cadrul ansamblului metodelor de investigaţie s-a dovedit deosebit de valoroasă, mai cu seamă pentru diferenţierea adenopatiilor benigne de aspect pseudotumoral de cele maligne, cît şi în cazul asocierilor morbide în care erau implicate manifestările asemănătoare celor două afecţiuni "limitrope" cu substrat etiopatogen diferit.

CONFRONTATIONS RADIO-MÉDIASTINOSCOPIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ADÉNOPATHIES MÉDIASTINALES

Conf.dr.H.Raţiu, dr.L.Hica, dr. N.Coman
Clinique de Radiologie et Service de Chirurgie Thoracique - Cluj

Dans les maladies malignes de système, dont le début et le siège intrathoracique sont apparément solitaire, sans déterminations significatives ou à distance, dépourvues des modifications hématologiques caractéristiques, les auteurs se sont heurtés parfois à des difficultés sérieuses en ce qui concerne le diagnostic differentiel, par rapport aux adénopathies interpleurales bénignes forme tumorale. Afin de préciser le diagnostic positif dans les "cas problème", lorsque tous les autres moyens courants d'investigation à l'exception de la thorocotomie se sont révélés non concluants, on a pratiqué la médiastinoscopie biopsique.

Sur une serie de 165 médiastinoscopies, effectuées pour diverses affections intrathoraciques de diagnostic difficile, l'intervention a été pratiquée dans 61 cas pour des lésions du système lympho-ganglionaire péritrachéo -

bronchique, tout en obtenant 86,88 % résultats concluants.

Les auteurs confrontent le tableau radiologique réalisé par les diverses adénopathies de forme tumorale et lymphé-réticulopathies malignes ayant le siège médiothoracique, avec le résultat de la biopsie médiastinale. Ils relèvent les éléments qui favorisent l'établissement du diagnostic différentiel, ainsi que les sources d'erreur. La corroboration des deux methodes dans l'ensemble des investigations s'est relévée être extremement précieuse, notamment pour différencier les adénopathies bénignes avec aspect pseudo-tumoral, par rapport aux adénopathies malignes, ainsi que dans les associations morbides de plusieurs affections "lymphotropes" d'ethiopathogénie différente.

PERSPECTIVELE SI LIMITELE RADIODIAGNOSTICULUI IN BOLILE MALIGNE DE SISTEM

Dr. A. Kertész, dr. Fr. Gross, dr. R. Lupeanu, Prof. dr. I. Krepez, dr. Gr. Stanciu, dr. Ch. Roth, dr. J. Bakos
Clinica radiologic, Clinica chirurgicală şi Clinica de neurochirurgie Tg. Mureş

Din experienţa practicii cotidiane reiese că metodele radiodiagnostice clasice pot fi de reală valoare, uneori chiar suverane pentru depistarea, respectiv observarea unor manifestări ale bolilor maligne de sistem. Constatarea este valabilă mai ales pentru manifestările mediastino-pulmonare, relativ frecvente. La acestea se adaugă, firesţe cu un grad de eficienţă mai mic, posibilităţile oferite de examenul baritat digestiv, respectiv de urografie pentru evidenţierea

manifestărilor abdominale, de obicei numai de vecinătate, fi-
ește este posibil să se evidențieze și mai rarele manifes-
tări gastrice etc. sau renale proprizise. Se pot evidenția și
manifestările scheletice, de asemenea rare.

Progresul tehnic al ultimelor decenii a ameliorat a-
ceste posibilități. Se menționează în primul rînd tomografia
rare, de pildă, se practică deja metodic în incidențe multi-
ple, cu deplin succes pentru manifestările mediastinale.

Rezultate foarte valoroase am obținut într-o bună
parte a cazurilor și prin explorarea vasculografică. Această
metodă, prin vascularizația caracteristic malignă vizualiza-
tă, permite și un diagnostic semicalitativ, respectiv (dacă
diagnosticul de bază este deja cunoscut) permite identifica-
rea sediului și extensiei unor manifestări mai puțin acces-
bile altor investigații. De asemenea metoda orientează cu
precizie chimioterapia arterială selectivă (foarte bune re-
zultate în manifestările cerebrale).

Limfografia este cea mai eficientă în evidențierea
manifestărilor de tip adenopatic pelvisabdominale, imaginea
vizualizată (detaliile structurale) permițînd chiar - tocmai
pentru bolile de sistem - punerea unui diagnostic cvasietio-
logic.

Metodele izotopice (cuncoscintigrafia, angiopneumoscin-
tigrafia, etc.), remarcabile prin eleganța metodei, pot fi
foarte utile în evidențierea extensiei manifestărilor, respec-
tiv a repercursiunilor de vecinătate.

VALOAREA COMPARATIVA A CRITERIILOR RADIOLOGICE SI BIOLOGICE IN STADIALIZAREA BOLII HODGKIN

Dr. T.Rexin, dr. H.Bujor

Institutul de medicină internă "N.Gh. Lupu " Bucureşti

Stadializarea în boala Hodgkin trebuie să ţină seama de două elemente : de extinderea anatomică a leziunilor şi de fenomenele generale care însoţesc starea bolnavilor. Pe baza acestor criterii s-au împărţit bolnavii în patru stadii şi două grupuri A şi B - fără sau cu semne generale de astivitate.

Examenele radiologice au un rol decisiv în aprecierea extinderii reale a determinărilor ganglionare sau viscerale. Observaţiile noastre pe 80 bolnavi ne-au arătat că după introducerea limfografiei 59 (73%) au prezentat limfografii pozitive, iar 21 bolnavi (26,2%) consideraţii clinic ca aparţinînd stadiului II au fost restadializaţi după limfografie în stadiul III.

Factorul B, care apreciază rezerva imună a organismului joacă un rol la fel de important în încadrarea stadială.

Din statistica noastră rezultă că durata de supravieţuire a fost mai lungă la bolnavii aparţinînd stadiilor III şi IV A decît la cei din stadiile II B. Astfel că bolnavii cu leziuni osoase sau pulmonare localizate încadraţi în stadiul IV, leziuni ce reprezintă de cele mai multe ori o extindere a bolii pe cale limfatică de la ganglionii din vecinătate - beneficiază în mare măsură de radioterapie.

LA VALEUR COMPARATIVE DES CRITERES RADIOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES DANS LA CLASSIFICATION STADIALE DE LA MALADIE DE HODGKIN

Dr.T.Roxin, dr.H.Bujar
Institut de Médecine Interne " N.Gh.Lupu"
Bucarest

La classification stadiale dans la maladie de Hodgkin doit tenir compte de deux éléments : L'extension anatomique des lésions et les phénomènes généraux qui accompagnent l'état des malades. Sur la base de ces critères les malades ont été partagés en quatre stades et deux groupes A et B - avec/ou sans signes généraux d'activité.

Les examens radiologiques ont un rôle décisif dans l'appréciation de l'extension réelle des détroninations ganglionnaires ou viscérales. Les observations que nous avons faites sur 80 malades nous ont démontré que, après l'introduction de la lymphographie, 59 (73%) ont présentés des lymphographies positives et 21 malades (26,2%), considérés du point de vue clinique appartenir au stade II, ont été reclassifiés d'après la lymphographie dans le stade III.

Dans la classification stadiale, un rôle tout aussi important est joué par le facteur B qui apprécie la réserve immune de l'organisme.

De notre statistique il résulte que la durée de survie a été plus longue chez les malades appartiennant aux stades III et IV A que chez ceux des stades II B. De sorte que les malades avec des lésions osseuses ou pulmonaires localisées, encadrés dans le stade IV, [illegible]

sentent le plus souvent une extension de la maladie par voie lymphatique des ganglions envoisinants, bénéficiant dans une grande mesure de la radiothérapie.

FORME MEDIASTINO-PULMONARE ALE BOLII HODGKIN, SIMULÎND NEOPLASMUL BRONHO - PULMONAR

dr. Aurel Ordeanu
Institutul Oncologic Cluj

Localizarea mediastinală şi mediastino-pulmonară a bolii Hodgkin creează cele mai variate aspecte radiologice; adesea este greu de diferenţiat anumite aspecte radiologice de sarcoidoză, sarcom, tuberculoză sau neoplasmul pulmonar.

Confuzia cu neoplasmul bronho-pulmonar este posibilă în formele mediastinale cu invadarea bilurilor sau în formele care evoluiază cu atelectazie. Autorul demonstrează, pe baza iconografiei personale, evoluţia celor două forme de limfogranulomatoză [illegible]gnă, simulînd neoplasmul pulmonar.

Cînd procesul granulomatos depăşeşte graniţele mediastinului, ia naştere un infiltrat dens hilar şi perihilar, acompaniat de prelungiri în deget de mănuşă în parenchimul pulmonar. Pătrunderea mugurelului de granulomatoză în lumenul bronşic provoacă atelectazia, aspect greu de diferenţiat de neoplasmul bronşic.

Diagnosticul diferenţial este adesea greu de făcut numai pe baza imaginii radiologice. Sînt revăzute diferitele argumente radiologice care ar putea diferenţia aspectele pulmonare ale bolii Hodgkin de neoplasmul bronho-pulmonar.

FORMES MEDIASTINO-PULMONAIRES DE LA MALADIE DE HODGKIN, SIMULANT LE NEOPLASME BRONCHO-PULMONAIRE.

Dr. Aurel Ordeanu

Institut oncologique de Cluj

La localisation médiastinale et médiastino-pulmonaire de la maladie de Hodgkin crée les plus variés aspects radiologiques; souvent il est difficile de faire la différence entre les aspects d'un Hodgkin et la sarcoïdose, le sarcome, la tuberculose ou le néoplasme bronho-pulmonaire.

La confusion avec le néoplasme bronho-pulmonaire est possible dans les formes médiastinales à l'invasion hilaire ou dans les formes accompagnées de l'atélectasie pulmonaire. L'iconographie personelle aide à l'auteur de démontrer l'évolution des deux formes de la maladie Hodgkin, simulant le néoplasme bronho-pulmonaire.

Quand le procès granulomateux dépasse les limites du médiastin, apparaît un infiltrat dense, hilaire et périhilaire, accompagné de prolongements en doigt de gant dans le parenchyme. La pénétration du bourgeon granulomateux à l'interieur de la bronche provoque l'atélectasie, si difficile à différencier du néoplasme bronchique.

Le diagnostic différentiel est souvent difficile à faire en se basant exclusivement sur l'image radiologique. On revoit les arguments radiologiques qui pourraient différencier les aspects pulmonaires d'un Hodgkin et les manifestations médiastino-pulmonaires du néoplasme bronho-pulmonaire.

BOALA HODGKIN ASOCIATA CU PLASMOCITOZA MEDULARA, DISGLOBULINEMIE SI ANEMIE HEMOLITICA AUTOIMUNA

Dr. G.Borsai, dr.Gy.Sass şi dr.J.Módy
Centrul de recoltare şi conservare de
şi Clinica medicală nr.1 Tg. Mureş

In cadrul afecţiunilor neoplazice ale sistemului limfo-reticular, boala Hodgkin ocupă un loc deosebit şi prin variatele aspecte ale sindroamelor secundare care o însoţesc.

Deşi asocierea unor simptome secundare, ca plasmocitoza crescută în măduva osoasă, hiperglobulinemia serică (paraproteinemia) sau hemoliza crescută de natură autoimună, nu constituie o raritate deosebită, apariţia acestora la acelaşi bolnav este neobişnuită.

Autorii prezintă două cazuri de boală Hodgkin la care asocierea concomitentă a simptomelor amintite este demonstrată prin examinări morfologice, imunoserologice şi biochimice.

Se discută dificultăţile diagnostice create de aceste sindroame complexe şi semnificaţia lor în ce priveşte evoluţia bolii.

DIFICULTATI RADIOCLINICE IN DIAGNOSTICUL LIMFOSARCOMULUI MEDIASTINAL PRIMITIV

Dr.V.Seva,dr.Rodica Năţescu
Clinica de radiologie Spitalul Dr.I.Cantacuzino
Bucureşti

Prin raritatea relativă a cazurilor, cît şi prin variabilitatea mare a tabloului radioclinic, afecţiunea are-

iază adesoori reale dificultăţi în stabilirea diagnosticului.

Uneori numai sensibilitatea deosebită a afecţiunii la tratamentul roentgen permite orientarea către acest diagnostic, dar pentru un diagnostic de certitudine şi adoptarea unei tehnici corecte de tratament este necesar totdeauna să se apeleze la examenul anatomo-patologic.

In acest sens se prezintă o serie de observaţii radioclinice care vin să sublinieze importanţa problemei.

CONTRIBUTIA EXAMENULUI RADIOLOGIC IN DEPISTAREA SI EVOLUTIA BOLILOR MALIGNE DE SISTEM

Dr.Romeo V.Sturdza, dr.Cornel Chicoş

Serviciul de radiologie al Spitalului de adulţi

Bîrlad

In bolile maligne de sistem radiologia are o contribuţie importantă în depistarea lor, mai ales în fazele fără corespondent clinic sau incipiente, cînd aplicîndu-se un tratament adecvat se prelungeşte supravieţuirea.

Diagnosticul radiologic este foarte dificil în faza de debut şi necesită din partea radiologului pe lîngă competenţă şi o atenţie deosebită, întrebuinţarea unor metode de investigare radiologică adecvată, precum şi luarea în considerare a datelor de anamneză, clinice şi de laborator.

Autorii sînt de părere că este justă susţinerea că toate ganglioreticulopatiile maligne sînt forme de evoluţie a aceluiaşi sindrom şi sfîrşesc printr-o sarcomatoză generalizată.

Examenul radiologic indică o supraveghere atentă în timp pentru a pune în evidenţă rezultatele pozitive ale

tratamentului aplicat şi apariţia recidivelor.

Autorii prezintă o suită de cazuri de ganglioreticulopatii maligne în diferite faze de evoluţie.

ERGEBNISSE LYMPHOGRAPHISCHER LANGZEITBEOBACHTUNGEN BEI HAEMOBLASTOSEN

Dr. K. Röder

Radiologischen Klinik des Bereiches Medizin der Karl-Marx-Universität Leipzig

An der Radiologischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig wurden seit 1966 ca. 1650 lymphographische Untersuchungen durchgeführt und langfristige lymphographische Verlaufskontrollen angeschlossen. Durch die nur langsame Ablassung des Kontrastmittels war es uns möglich, den retroperitonealen Lymphknotenstatus bei entsprechenden Patienten bis zu 3 Jahren nach der Lymphographie zu überwachen. Bei pathologischen Befundänderungen und starker Abblassung des Kontrastmittels erfolgt oft eine Relymphographie. Durch das Einzugsgebiet unserer Klinik konnte in den letzten Jahren kontrastmittelgefüllter Lymphknoten nach Lymphographie und die Einflüsse verschiedener Behandlungsmethoden studiert werden. An Hand summarischer Beurteilungen und Analysen von Krankheitsgruppen soll über Erfahrungen berichtet werden, die zu einer Steigerung der Effektivität einzelner Therapieverfahren führen können. Insbesondere sollen bei primären LK-Neoplasien auch die unterschiedlichen Ergebnisse radiologischer und zytostatischer Behandlungsformen vergestellt werden.

ZUM PROBLEM LYMPHOGRAPHISCHER BEFALLSKRITERIEN PRIMÄR MALIGNER LYMPHOME - ERSTE ERGEBNISSE EINER COMPUTER - ANALYSE

Dr. J.Richter u. dr. R.Altmann

Aus der Lymphographischen Abteilung des Instituts für Röntgendiagnostik des Bereiches Medizin (Charité) der Humboldt - Universität Berlin.

Das Ziel der lymphographischen Forschung auf dem Gebiet der primär malignen Lymphome ist die Erarbeitung von zuverlässigen Befallskriterien, die besonders in den Anfangsstadien retroperitonealer Lymphknotenbeteiligung eingesetzt werden können. Die lymphographische Diagnose besitzt eine grosse Bedeutung für den Kliniker, der heute nur unter Kenntnis des exakten Lymphknotenbefundes im Retroperitonealraum über Art und Ausdehnung des therapeutischen Eingriffs entscheidet. Unsere Forschungsgruppe hat sich der Aufgabe unterzogen, mit Hilfe einer EDV.Analyse eine Liste exakter Befallskriterien zu erarbeiten. Sie stützt sich dabei auf Erfahrungen, die sie bei Erarbeitung von Metastasenkriterien an verschiedenen Tumormodellen sammeln konnte.

Es werden die Methode der Analyse, der EDV-gerechte Datenträger und erste Ergebnisse dieser Studie vorgestellt. Grundlage ist ein Material von 430 primär malignen Lymphomen, darunter 284 Lymphogranulomatosen und 50 Retikulozellsarkome. Es wird auf die Frage evtl. artspezifischer Befallskriterien eingegangen.

ASPECTE LIMFOGRAFICE ÎN BOALA BRILL-SYMMERS

Prof.dr. I.Bîrzu

Clinica de Radiologie I.M.F.

Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Autorul încearcă o confruntare anatomo-radiologică a unui număr de bolnavi cu diagnosticul de boala Brill-Symmers.

Bilanţul limfografic constituie explorarea de bază pentru identificarea adenopatiilor subdiafragmatice.

Limfografia este patologică în circa 86 % din cazuri.

Limfografiile, analizate de autor, arată că aspectele radiologice întîlnite nu prezintă semne radiologice patognomonice pentru boala Brill-Symmers.

Aspectul radiologic (limfografic) se aseamănă, în general, cu cel din limfopatiile ganglionare. Se observă adesea : hipertrofii ganglionare; structura ganglionilor apare pătată; se văd imagini roxte cu lacune; blocaj (stop) limfatic iliac cu edem al membrului inferior; blocaj lombo-aortic cu o masă ganglionară abdominală notabilă.

Autorul subliniază valoarea limfografiei ca metodă ce poate orienta o atitudine terapeutică corectă.

ASPECTS LIMPHOGRAPHIQUES DE LA MALADIE BRILL-SYMMERS

Prof.Dr. I.Bîrzu

Clinique de Radiologie Hôpital"Dr.I.Cantacuzino"

Bucarest

L'auteur présente les résultats d'une confrontation anatomo-radio-clinic des cas de maladie Brill-Symmers.

Le bilan lymphographique constitue l'exploration principale pour identifier des adénopathies sous-diaphragmatiques.

La lymphographie est pathologique dans 85-86 % des cas. Une analyse des signes radiologiques montre que les adenopathies de la maladie Brill-Symmers n'ont pas d'images pathognomoniques. Les aspects se rapprochent de celui de toutes les hémopathies ganglionnaire. On constate : hypertrophie ganglionnaire; structure ganglionnaire piquetée; images mixtes avec lacunes; blocages lymphatiques iliaques, avec souvent un gros oedème du membre inferieur, ou lombo-aortique avec la présence d'une masse abdominale.

L'auteur montre la valeur de la lymphographie qui peut permetre d'orienter la thérapie de la maladie Brill - Symmers.

VALOAREA LIMFOGRAFIEI IN TRATAMENTUL BOLII HODGKIN

Prof.Dr. I.Bîrzu, dr.H.Bujar

Clinica de radiologie Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Autorii prezintă unele considerațiuni critice asupra conduitei terapeutice adoptată după examene limfografice executate la peste 100 cazuri de boală Hodgkin.

La toate cazurile respective au fost executate

limfografii, după stabilirea prealabilă a diagnosticului istologic prin biopsie ganglionară.

Este discutabilă valoarea limfografiei în restadializarea bolnavilor, limitele metodei (dimensionale și topografice) și aspectele adesea dubioase ale limfografiei.

Procentul relativ ridicat al restadializărilor postlimfografice atestă valoarea limfografiei-bilanț, cu condiția ca tratamentul stadial să fie corect individualizat.

Radioterapia, aplicată în stadiile I și II, însoțită sau nu de chimioterapie rămîne conduita de bază, iar chimioterapia, însoțită de radioterapie sau nu, metoda electivă în stadiile tardive - III și IV - (de generalizare).

Individualizarea tratamentului rămîne axiomatică și are în vedere prezența sau absența semnelor generale (A,B), tratamentele prelimfografice, ca și aspectul propriu zis al limfografiei.

O mențiune specială se acordă limfografiei dubioase, considerată, în planul terapeutic, normală, sau pînă la apariția aspectelor nete de pozitivare, sau pînă la apariția semnelor generale.

Prezența pe imaginea limfografică, a anastomozelor limfo-venoase, trebuie considerată ca factor agravant, cu toate consecințele terapeutice care decurg de aci. In legătură cu aceste observații este discutat de asemenea tratamentul paliativ al stadiilor avansate.

Instituirea unui tratament cu intenție curativă,

în cazurile cu limfografie negativă, nu poate fi justificată decît de starea clinică, de menţinerea aspectelor certe (biopsie), sau eventual de datele limfografiei iterative. Efectuarea limfografiei iterative, în stadiile I şi II, constituie una din condiţiile de bază ale menţinerii tratamentului cu intenţie curativă.

Limfografia bilanţ, permite o mai corectă stadializare a cazurilor, dar numai în contextul datelor clinice şi de laborator şi trebuie să fie urmată de un tratament individualizat.

LA VALEUR DE LA LYMPHOGRAPHIE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN

Valeur, limites, observations critiques.

Prof. Dr.I.Bîrzu, dr.H.Bujar

Clinique de Radiologie Hôpital "Dr.I.Cantacuzino " Bucarest

Les auteurs présentent quelques résultats et considérations sur la conduite thérapeutique postlymphographique appliquée dans 125 cas de lymphogranulomatose maligne.

La lymphographie a été exécutée après la biopsie ganglionnaire.

On discute la valeur de la lymphographie dans la restadialisation des malades, les limites de la méthode, ainsi que les aspects douteux.

Le pourcentage relativement élevé des restadialisations atteste la valeur de la lymphographie - bilan, à

condition que le traitement stadial consécutif soit correctement individualisé.

La radiothérapie administrée dans les stades I et II, avec / sans chimiothérapie, représente la condition fondamentale, de même que la chimiothérapie avec /sans radiothérapie dans les stades tardifs - III et IV - de généralisation et de dissémination dans les territoires viscéraux.

La présence de anastomoses lympho-veineuses, doit être considérée comme un élément aggravant, suivi d'un changement de traitement. Les auteurs discutent le traitement palliatif des stades avancés en relation avec ces observations L'application d'un traitement avisée curative dans les cas avec lymphographie normale doit être justifiée par l'état clinique, les données bioptiques, et dans certains cas par le résultat de la lymphographie iterative.

L'exécution de la lymphographie itérative dans les stades I et II, constitue une des conditions d'un traitement à l'intention curative.

SEMNIFICATIA LACUNELOR GANGLIONARE IN BOLILE MALIGNE DE SISTEM

Conf.dr.C.Butnaru, dr.I.Tudosiu, dr.I.Puşcaş, dr.D.Mirescu, dr.D.Bărboi

Clinica Radiologică Fundeni

Autorii, pe baza experienţei de zece ani, pe circa 8oo limfografii, descriu caracterele lacunelor ganglionare cu o anumită semnificaţie pe grupe de afecţiuni.

Lucrarea este originală şi încearcă să îmbogă-

ţească semeiologie limfografică existentă.

LA SEMNIFICATION DES LACUNES GANGLIONAIRES DANS LES MALADIES MALIGNES DE SYSTÈME

Conf.dr.C.Butnaru, dr.I.Tudosiu, dr.I. Puşcaş, dr.D.Mirescu, dr. S.Georgescu, dr. D.Bărboi
Clinique radiologique Fundeni

Basé sur l'expérience acquise dans 10 ans sur environ 800 lymphographies, les auteurs montrent les caractères des lacunes ganglionaires ayant une semnification particulière sur certaines groupes d'affections.

Le travail este original et cherche à enrichir la séméiologie lymphographique existente.

STUDIUL LIMFOGRAFIC PE 120 DE CAZURI DE BOLI MALIGNE DE SISTEM

Conf.dr.C.Butnaru,dr.I.Tudosiu,dr.I.Puşcaş, dr.D.Barbei, dr. G.Cioba,dr.S.Georgescu, dr. D. Mirescu
Clinica radiologică Fundeni

Studiul prezintă aportul limfografiei în bolile maligne de sistem, pe 120 de cazuri studiate clinic, de laborator şi radiologic, arătîndu-se locul limfografiei în acest context.

ETUDE LYMPHOGRAPHIQUE SUR 120 CAS DE MALADIE MALIGNES DE SYSTÈME

Conf.dr.C.Bubnaru, dr.I.Tudosiu, dr.I. Puşcaş,
dr. D.Bărboi, dr.Gh.Cioba, dr. S.Georgescu,
dr. D. Mirescu
Clinique radiologique Fundeni-Bucarest

On présente l'apport de la lymphographie dans les maladies malignes do système sur 120 cas étudiés du point do vue clinique,de laboratoire et radiologique, en montrant aussi le rôle de la lymphographie dans ce contexte.

INDICAŢIA DE URGENŢĂ A LIMFOGRAFIEI INTR-UN CAZ DE CHILURIE

Dr. I. Tudosiu
Clinica radiologică Fundeni-Bucureşti

Un bolnav cu diagnosticul clinic de piurie este investigat urografic, cistografic şi pielografic,fără a se găsi cauza piuriei şi a scăderii ponderale importante. Se bănuieşte o comunicare limfocalicealâ şi se indică de urgenţă limfografia care lămureşte diagnosticul.

LA LYMPHOGRAPHIE D'URGENCE DANS UN CAS DE CHILURIE

Dr. I. Tudosiu
Clinique radiologique Fundeni-Bucarest

On présente un cas de piurie intermittente et d'amaigrissement important, investigué par urographie, cystographie et pyélographie, sans trouver la cause. On soup-

connu une communication lympho-calicielle et on indique la lympgographie d'urgence qui éclaircit le diagnostic.

IMPORTANTA RADIOGRAFIEI MARITE IN LIMFOGRAFIA IN BOLILE MALIGNE DE SISTEM

Conf.dr.C.Butnaru, Dr.I.Tudosiu, Dr. D.Bărboi,
Dr. I. Puşcaş, Dr. D.Mirescu
Clinica radiologică Fundeni

Autorii au introdus aplicarea tehnicii radiografiei mărite în limfografie, comunicînd tehnica pentru prima oară în ţară. Pe baza experienţei dobîndite, comunicarea arată avantajele tehnicii şi indicaţiile pe grupe de afecţiuni.

LA SIGNIFICATION DE LA RADIOGRAPHIE AGGRANDIE DANS LA LYMPHOGRAPHIE DES MALADIES MALIGNES DE SYSTÈME

Prof.agr. C.Butnaru,Dr. I.Tudosiu, Dr.D.Bărboi,
Dr. I. Puşcaş, Dr. D.Mirescu
Clinique radiologique Fundeni

Les auteurs ont introduit l'application de la technique de la radiographie aggrandie dans la lymphographie et on comunique cette technique utilisée pour la première fois dans notre pays.

On présente les avantages et les indications de la technique sur des groupes d'affections.

MANIFESTARI OSOASE ÎN LEUCEMII

Prof.Dr.I. Bîrzu

Clinica de radiologie I.M.F.Spitalul

"Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Observaţiile clinice în care leziuni evidente scheletale se asociază cu un proces leucemic sînt în general cu totul excepţionale.

Acest fapt justifică pe deplin readucerea în discuţie a problemei.

In această problemă se ridică chestiunea relaţiilor posibilă între leucemie şi cancer secundar al osului.

De aceea, această problemă are un dublu interes : unul doctrinar şi altul practic - în ce priveşte diagnosticul diferenţial.

In ilustrarea celor de mai sus se prezintă o observaţie clinică atipică,alături de alte observaţii.

MANIFESTATIONS OSTEOLOGIQUES DANS LES LEUCÉMIES

Prof.Dr.I.Bîrzu

Clinique de radiologie I.M.F.

Hôpital "Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

Les observations cliniques dans lesquelles des lésions évidentes osseuses s'associe avec un processus leucémique sont en général tout éxceptionelles.

Ce fait justifie complètement la reposition en discution du problème.

Dans ce problème on remonte la question de ré-

lations possible entre la leucémie et le cancer sécondaire de l'os.

C'est pourquoi, ce problème a un double intérêt: un doctrinaire et un pratique - en ce qui concerne le diagnostique différenciel.

Une illustration de ceux-là en-dessus, on présente une observation clinique sthipique, à coté d'autres observations.

CONSIDERATIUNI ASUPRA LEZIUNILOR OSOASE IN BOALA HODGKIN

Dr. T.Roxin, Conf.dr.St.Berceanu, Dr.H.Bujar
Institutul de medicină internă "N.Gh.Lupu"
Bucureşti

Leziunile osoase, decelabile radiologic, sînt destul de rare în boala Hodgkin. In statistica Institutului de medicină internă, s-au găsit, la examenul radiologic 19 bolnavi prezentînd leziuni osoase, 15 avînd caractere de osteoliză şi 4 de osteoplastie. Sediul lor este de cele mai multe ori în vecinătatea adenopatiilor, apărînd de obicei în urma propagării limfatice de la ganglioni la ţesutul osos. Această evoluţie poate fi evidenţiată radiologic. Prognosticul este bun cînd leziunile osoase sînt localizate, sau apar la scurt interval după debutul ganglionar. Uneori durerile osteocope preced apariţia imaginilor radiologice impunînd iradierea lor, fără a aştepta confirmarea radiologică. Un prognostic grav au formele osteoplastice, formele cu leziuni osoase diseminate şi cele care apar tardiv în cursul evoluţi-

ei bolii fiind atunci deseori asociate de leziuni ale altor viscere.

CONSIDERATIONS SUR LES LÉSIONS OSSEUSES DANS LA MALADIE DE HODGKIN

Dr.T.Roxin, Conf.dr.St.Berceanu, Dr.H.Bujar
Institut de Médecine Interne "N.Gh.Lupu "
Bucarest

Les lésions osseuses, décelable radiologiquement sont assez rares dans la maladie de Hodgkin. Dans la statistique de l'Institut de Médecine Interne, à l'examen radiologique, 19 malades ont été trouvés présetant des lésions osseuses 15 avec des caractères d'ostéolyse et 4 d'ostéoplastie. Les lésions souvent leur siège se trouvent le voisinage des adénopathies, apparaissant d'habitude à la suite de la propagation lymphatique des ganglions en tissu osseux. Cette évolution peut être mise en évidence radiologiquement. Le pronostic est bon lorsque les lésions osseuses sont localisées ou lorsqu'elles apparaissent à un court intervalle après le début ganglionnaire. Parfois, les douleurs ostéocopes précèdent l'apparition des images radiologiques imposant leur irradiation san attendre la confirmation radiologique. Un pronostic grave ont les formes ostéoplastiques, les formes avec des lésions osseuses disséminées et celles qui apparaissent tardivement au cours de l'évolution de la maladie, étant alors souvent associées aux lésions d'autres viscères.

ASPECTUL RADIOLOGIC AL LEZIUNILOR OSOASE IN BOLILE MALIGNE DE SISTEM

Conf.dr.N.Mărgineanu, dr. S.Mărgineanu, dr. I. Branea

Clinica radiologică Timişoara

Au fost urmăriţi 697 bolnavi cu limfoame maligne trataţi în ultimii 2o de ani. Din aceştia 280 au prezentat boala Hodgkin, 3o8 limfo şi reticulosarcom şi 1o9 leucoze.

Examene radiologice s-au făcut la toţi bolnavii care în timpul internării prezentau dureri la nivelul unui segment osos. Din toţi bolnavii examinaţi, majoritatea [illegible] internaţi de mai multe ori, s-au putut descoperi radiologic modificări osoase în 16 % din cazuri.

Leziunile radiologice au fost în majoritatea cazurilor sub formă de osteoliză, mai rar osteosclerozã sau leziuni mixte.

In raport cu oasele afectate, cele mai frecvente leziuni s-au observat la nivelul oaselor lungi inclusiv coastele, urmate de leziuni situate la nivelul coloanei şi sternului. In majoritatea cazurilor leziunile osoase au fost observate la bolnavii suferinzi de mai mulţi ani de limfoame maligne. In lucrare sînt prezentate o parte din radiografiile bolnavilor examinaţi.

L'ASPECT RADIOLOGIQUE DES LÉSIONS OSSEUSES DANS LES MALADIES MALIGNES DE SISTÈME

Conf.dr.N.Mărgineanu,dr.S.Mărgineanu,dr.I.Branea

Clinique radiologique Timişoara

On a suivi 697 malades avec des lymphomes malignes

traités pendant les derniers 2o ans. 2oo des malades suivis ont présenté la maladie Hodgkin, 38o des lympho et reticulosarcomes, et 1o9 des léucoses.

On a fait des examens radiologiques chez tous les malades lesquels présentaient pendant l'hospitalisation des douleurs au nivau d'un segment osseux.

Des tous les malades examinés, la majorité étant déjà hospitalisés plusieurs fois, on a pu découvrir radiologiquement des modifications osseuses chez 16 % des cas.

Les lésions radiologiques ont été dans la majorité des cas, sous la forme des ostéolises, plus rarement ostéosolérose ou lésions mixtes.

En rapport avec les os affectés, on a observé les lésions les plus fréquentes au niveau des os longs y compris les flancs suivies des lésions situées au niveau de la colonne et du sterne.

Dans la majorité des cas, les lésions osseuses ont été observées chez les malades souffrant depuis plusieurs années à cause des limphomes malignes. Dans l'article sont présentées une partie des radiographies des malades examinés.

DATE CLINICE PRIVIND RADIOTERAPIA BOLILOR TUMORALE DE SISTEM CU LOCALIZARE MEDIASTINALA

Prof.Dr. I.Efrzu, dr. St.Grigorescu

Clinica de radiologie spitalul "Dr.I.Cantacuzino"

București

Se prezintă unele aspecte ale experienței Clinicii de radiologie în practica radioterapiei hemopatiilor maligne cu localizare mediastinală, pe un număr de 24 cazuri selec-

ţionate. Alegerea cazuistică s-a făcut cu scopul de a pune în evidenţă unele din dificultăţile legate de această temă.

Prezentarea cazuistică a cazurilor include : a). dificultăţi de diagnostic; b).complicaţii ale tumorilor mediastinale; c). dozimetria iradierii tumorilor mediastinale; d). conduita şi tehnica de iradiere; e).complicaţii ale radioterapiei.

De asemenea se prezintă soluţia autorilor pentru rezolvarea practică a calculului dozei medii tumorale şi al celorlalţi parametri indispensabili aprecierii reacţiilor radiobiologice şi a rezultatelor obţinute.

Din ansamblul datelor analizate rezultă, în concluzie, măsurile practice ce trebuiesc luate pre şi intraterapeutic pentru asigurarea unei conduite terapeutice corecte şi obţinerea unor rezultate optime.

DATES CLINIQUES EN CE QUI CONCERNE LA RADIOTHÉRAPIE DES MALADIES TUMORALES DE SYSTÈME AVEC LOCALISATION MEDIASTINALE

Prof.Dr.I.Bîrzu, Dr.St. Grigorescu
Clinique de radiologie Hôpital "Dr.I.Cantacuzino" Bucarest

On présente quelques aspects de l'experience de la Clinique de Radiologie dans la pratique de la radiothérapie des hémopathies malignes avec localisation mediastinale, sur un nombre de 24 cas sélectionnées. Ce choix des cas a été fait pour mettre en évidence unes des difficultés liées de cette thème.

La présentation casuistique de ces insère: a). des difficultés de diagnostique; b). des complications des tumeurs médiastinales; c). la dosimetrie de l'iradiation des tumeurs médiastinales; d). la conduite et la technique d'iradiation ; e). des complications de la radiothérapie.

Aussi on présente la solution des auteurs pour la solution pratique du calcule de la dose moyenne tumorale et des autres paramètres indispensables pour l'appréciation des réactions radio-biologiques et des résultats obtenues.

De l'ensemble des dates analysées résulte, en conclusion, les mésures pratiques qui doivent prenées pré et intrathérapeutique pour assûrer une conduite thérapeutique corecte et l'obtention des résultats optimes.

NOTRE EXPÉRIENCE DANS LA RADIOTHÉRAPIE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE

Prof. G.Mitrov, Dr.V.Valcov, Dr. D.Vranceva

Dépuis l'année 1966, on a introduit dans le Centre de cancérologie et d'hématologie la radiothérapie de routine radicale de la lymphogranulomatose. On utilise à cet effet une propre modification de la méthode de H.Kaplan - avec enveloppement des régions lymphatiques atteintes et des régions contigües, avec de hautes doses, sur de grands champs. Pour le I^{e} et le II^{e} stade, la radiothérapie este une méthode élective, suivi d'une chimiothérapie avec Velbe, durant 6 mois. Dans le III^{e} stade et parfois dans le IV^{e}, on procède, après une polychimiothérapie préalable, à une radiothérapie à deux étapes des chaînes lymphatiques sous et superphré-

niques. On discute des problèmes en liaison avec la méthode: a/ l'opportunité de l'application de Kaplan dans le I^e et le II^e stade; b/ l'irradiation des noeuds lymphatiques hilaires et médiastinaux de deux champs directs opposés; c/ notre méthode de l'irradiation simultanée des noeuds lymphatiques cervicaux et supra-claviculaires. On discute aussi les complications précoces et tardives.

CHIMIOTERAPIA IN TRATAMENTUL COMPLEX AL BOLILOR DE SISTEM

Prof.Dr.I.Bîrzu, dr. I.C.Drăgănescu, dr.R.Niţescu,
Clinica de radiologie-oncologie Spitalul "Dr.I. Cantacuzino" Bucuresti

Chimioterapia citostatică este una din principalele modalităţi terapeutice în tratamentul complex al bolilor de sistem alături de radio şi hormonoterapia, fiind utilizată diferenţiat în funcţie de stadiul clinic al bolii, de bilanţul biologic şi terapeutic al bolnavului.

In stadiul 1 şi 2 clinic al limforeticulosarcoamelor ganglionare s-au administrat citostatice în doze mici şi fracţionate pentru radiosensibilizarea tumorii după care tratamentul de bază a fost radioterapia.

S-au obţinut remisiuni la doze mult mai mici de iradiere, iar durata remisiunilor a crescut.

In stadiul 3 şi 4 s-a asociat radioterapiei chimioterapia utilizînd concomitent 2 - 3 citostatice : un antimetabolit (Methotrexat), un alkilant (Endoxan sau Sarcolizină) şi un alkaloid vegetal (Vincristin, Vinblastin) în

doze parţiale mai mici decît în cazul utilizării unui singur citostatic, tratament care s-a prelungit cu doze de întreţinere după terminarea iradierii, în serii discontinue sub control hematologic.

In maladia Hodgkin, stadiile localizate 1 şi 2, în care radioterapia rămîne tratamentul de bază s-au administrat citostatice numai în prezenţa febrei, alterării stării generale pînă la obţinerea remisiunii clinice. După efectuarea radioterapiei în cazuri selecţionate (forme histopatologice de mare malignitate, disproteinemii grave) s-a trecut la administrarea unui tratement de întreţinere cu citostatice în serii de 2 - 3 săptămîni - 6 serii pe an. In stadiile 3 şi 4 (forme diseminate cu visceralizări) s-a început tratamentul cu asociere de prednison şi 2 - 3 citostatice (Natulan, Vinblastin, Leukeran), pentru obţinerea remisiunii, completînd după ameliorarea stării generale cu iradierea grupelor ganglionare invadate macroscopic. După obţinerea remisiunii, s-a continuat 6 - 12 luni tratamentul de întreţinere cu Vinblastin, o doză la 10 - 15 zile.

Lucrarea se bazează pe experienţa clinicii de 40 de cazuri de limfo şi reticulosarcoame şi 70 de cazuri de boală Hodgkin, urmărite între 5 şi 7 ani.

LA CHIMIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT COMPLEXE DES MALADIES DE SYSTHÈME

Prof.dr.I.Bîrzu, dr.I.O.Drăgănescu, dr. R.Niţescu
Clinique de radiologie et oncologie Hôpital "Dr.I. Cantacuzino" Bucarest

La chimiothérapie cytostatique est l'une des princi-

pales modalités thérapeuthique dans les maladies de syathéme à côté de la radiothérapie, hormonthérapie en fonction du bilan biologique et thérapeutique du malade.

Dans le lympho et reticulo-sarcomes de stade clinique I et II on a administré des cytostatiques en petites doses fractionnées pour la radiosensibilisation de la tumeur après quoi le traitement éssentiel a été la radiothérapie.

Ainsi on a obtenu des remissions aux doses beaucoup plus petites d'irradiation, mais leur durée a augmentée.

Dans les stades cliniques III et IV on a associé la chimiothérapie à la radiothérapie en utilisant en même temps deux ou trois cytostatiques: un antimetabolite (Méthotrexate) un alkilant (Endoxan, Sarcolisine), et un alcaloid vegetal (Vincristin, Vinblastin) en doses partielles plus petites que dans le cas de l'utilisation d'un seul cytostatique traitement qui s'est prolongé avec des doses d'entretien même après la fin de l'irradiation en series discontinues sous control hématologique.

Dans la maladie Hodgkin les stades cliniques I et II où la radiothérapie reste le traitement essentiel, on a administré des cytostatiques uniquement en présence de la fievre et de l'altération grave de l'état général jusqu'a l'obtention d'une remission clinique.

Après la fin du traitement radiologique dans quelques cas sélectionnés (les formes hystopatologiques de grande malignité, graves disproteinemies) on a administré des cytostatiques comme traitement d'entretien pendant 2 ans

en series simples d'un seul ou deux cytostatiques.

Dans le stade III et IV généralisé avec des lésions viscérales on commence le traitement en associant le Prednison au deux - trois cytostatiques (Natulan, Vinblastin, Leukeran) pour l'indication de la remission, en ajoutant après l'obtention de celle-ci l'irradiations des régions ganglionaires envehies macroscopiquement.

Après l'obtention de la remission on a continué le traitement d'entretien avec Vinblastin une dose tous le 10-15 jours sous control hématologique.

Notre expérience se réfere à un nombre de 70 cas de maladie Hodgkin et 40 cas de lympho et reticulosarcomes suivi de 5 - 7 années.

COMPLICATIILE TRATAMENTULUI RADIOLOGIC AL SARCOAMELOR GANGLIONARE

Conf.dr.I.Pană, Dr. Rodica Ivanov

Clinica de radiologie spitalul Colţea Bucureşti

Radioterapia ocupă un loc deosebit în tratamentul complex al sarcoamelor ganglionare.

Diferitele tipuri de iradiere, utilizate în tratamentul acestor afecţiuni sînt legate de pericolul apariţiei unor incidente şi accidente intra şi postterapeutice, accidente care trebuiesc bine cunoscute, prevenite şi în orice caz, cît mai energic şi mai precis precoce, tratate.

Toate tipurile de iradiere pot determina în anumite condiţii apariţia acestor complicaţii, însă iradierea cu megavoltaj, prin marea toleranţă a tegumentelor şi prin posi-

bilitatea administrării unor doze mari în volumul - țintă în perioade scurte de timp, poate determina mult mai frecvent și mai grav, complicații imediate sau tardive.

Schematizarea diferitelor complicații este dificil de realizat, deoarece trebuie ținut seama de :

- tipul de iradiere folosit: - radioterapie convențională;
  - iradiere cu megavoltaj;
- tipul de complicație apărut : - cutanat;
  - organic;
  - hematologic;
- momentul apariției complicației: - precoce;
  - tardiv ;
- factorii individuali;
- eventualele greșeli de tehnică radiologică.

Cele mai frecvente și, în majoritatea cazurilor, ireversibile complicații ale radioterapiei, sînt datorite supradozajului și se manifestă la nivelul tegumentelor porților de intrare, în volumul - țintă iradiat sau în organele și structurile anatomice perilezionale.

In afara complicațiilor prin supradozaj, care corespund anatomopatologic leziunilor vasculare, fibrozei și sclerozei, în cursul tratamentului radiologic pot apare leziuni secundare de tip inflamator, hemoragic, hematologic.

Majoritatea complicațiilor pot fi însă evitate printr-o atentă selecționare a cazurilor și printr-o tehnică corectă de iradiere.

RADIOTHERAPY COMPLICATIONS ON LYMPHOMATOUS DISEASES

Conf.dr.I.Panã, dr. Rodica Ivanov

Clinic of Radiology Coltea Bucharest

Radiotherapy enjoys and outstanding place in the complete treatment of Lymphomatous diseases.

The various methods of irradiation which are used in the treatment of these diseases involve a danger of occurrence of some incidents and accidents intra and post treatment, accidents which must be well knowen, prevented and if they occur to be treated as early and vigorously as it would be possible.

All methods of irradiation may determine in certain conditions the occurrence of these complications but irradiation with Cobalt beam therapy owing to the great tolerance of skin and by of high doses delivered on target volume as well within hort periods of time may especially cause the occurrence of early or late complications.

It is very difficult to draw up the scheme of various complications because it might be taken into consideration of followings :

- type of used irradiation (Rx therapy or Co^{60} therapy);

- type of occured complication (skin, organic or hematological lesions);

- period when complications occur (early or late complications);

- individual factors ;

- casual errors in using radiotherapy techniques.

The most frequent and difficult irreversible cases, complications involved in radiotherapy, are due to the over doses and occuring at the level of the irradiated skin in the target volume, or in anatomical organs and structures peritumoral.

Besides complications due to the over doses having underlayers anatomopathologically vascular fibrosis and sclerosis lesions, some inflamatory, hemoragical and hematological complications may occur during the radiological treatment.

The most complications may be avoided using a minute selection of the cases and by means of a proper treatment technique.

REZULTATELE TARDIVE IN TRATAMENTUL RADIANT AL LIMFOAMELOR MALIGNE

Conf.dr.N.Mărgineanu, dr.I.Branea, dr.S.Mărgineanu
Institutul de medicină Timişoara

Au fost urmăriţi şi studiaţi între 5 şi 20 ani 321 bolnavi cu diferite varietăţi de limfom maligm, dintre care 138 cu boala Hodgkin, 101 limfosarcom, 64 reticulosarcom şi 11 limfoame mixte. Din aceştia 86 (25,2 %) au trăit peste 5 ani, 50 (16,2 %) au supravieţuit peste 10 ani. Rezultatele obţinute şi analiza statistică a cazurilor ne determină să susţinem că cei mai importanţi factori pentru prognostic sînt stadiul clinic al bolii la începutul tratamentului, calitatea tratamentului radiant efectuat şi variatean histo-

patologică.

Cele mai bune rezultate au fost obţinute în boala Hodgkin în stadiul I şi II, unde din 43 de bolnavi, 51 % au supravieţuit peste 5 ani şi 23 % peste 10 ani. In limfoamele maligne în stadiul I şi II, s-au obţinut rezultate bune numai dacă bolnavii au fost trataţi cu doze mari, cel puţin 3-4000 R pe fiecare câmp şi dacă au fost iradiate grupele ganglionare vecine. Autorii consideră că în limfoamele maligne este absolut necesar să se facă o radioterapie regională de partea leziunii şi locală, simetrică de partea opusă limfomului malign.

In stadiile III şi IV, nu s-au obţinut decît supravieţuiri de cîţiva ani; aceste amelioărări se obţin tot cu doze destul de mari de radiaţii.

LES RÉSULTATS TARDIFS DANS LE TRAITEMENT IRRADIANT DES LYMPHOMES MALIGNES

Conf.dr.N.Mărgineanu, dr.I.Branea, dr.S.Mărgineanu
L'Institut de Médecine de Timişoara

On a suivi et on a étudié 321 malades âgés de 5 à 20 ans avec diverses variétés du lymphome maligne, parmi lesquels, 138 avec la maladie Hodgkin, 101 avec lymphosarcome 64 avec un reticulosarcome et 11 avec des lymphomes mixtes.

86 (25,2 %) des malades ci-dessus ont vecu plus de 5 ans, 50 (15,2 %) ont survecu de 10 ans.

Les résultats obtenus et l'analyse statistique des cas, nous déterminent à affirmer que les plus importants facteurs pour le prognostique sont les stades cliniques de la

maladie au commencement du traitement, la qualité du traitement irradiant effectué et la variété hystopatologique.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans la maladie Hodgkin dans le II-er et II-ème stade, où 43 malades - 51 % ont survecu plus de 5 ans et 23 % plus de 10 ans.

On a obtenu de bons résultats dans les lymphomes malignes dans le I-er et II-ème stade, seulement si les malades ont été traités avec de grandes doses, au moins 3-4 R, sur chaque champ et si les grouppes ganglionnaires sins ont été irradiés.

Les auteurs considèrent que dans les lymphomes malignes il est absolument nécessaire de faire une radiothérapie régionale sur la partie de la lésion et une radiothérapie locale, symétrique sur la partie opposé au lymphome maligne.

Dans le III-ème et IV-ème stade, on n'a obtenu que des survivances de quelques années, ces améliorations s'obtenant aussi avec des doses assez grandes d'irradiations.

UNELE ASPECTE PARTICULARE IN TRATAMENTUL BOLILOR DE SISTEM

Dr. T.Rorin, dr. Mariana Gociu

Institutul de medicină internă "N.Gh.Lupu"

București

Cu tot progresul realizat în ultimii ani cu privire la tratamentul bolilor de sistem, schemele terapeutice cu intenție curativă nu s-au impus într-atîta încît ele să nu mai necesite modificări.

Recidivele apar încă într-o proporţie destul de mare, iar rezerva imună a organismului este atît de solicitată încît nu poate face faţă întotdeauna unei agresiuni atît de puternice.

Pentru a cruţa capacitatea de reacţie imună a organismului la bolnavii aparţinînd stadiilor III şi IV, ca şi la cei din stadiul II B am recurs în ultima vreme la un tratament mai blînd - roentgenterapia în doze foarte fracţionate - 50 r/cîmp şi şedinţă - asociată uneori cu citostatice (Velbe 10 mg, la o lună interval). Acest tratament, foarte bine tolerat, a fost aplicat şi în cazuri de recidivă, la cei cu rechele după iradiere intensivă prealabilă (radiodermită, fibroză pulmonară sau cu intoleranţă la citostatice).

Aceste proceduri au permis obţinerea unor noi remisiuni, de bună calitate, ca şi prelungirea duratei de supravieţuire a bolnavilor.

CERTAINS ASPECTS PARTICULIERS DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE SYSTÈME

Dr.T.Roxin, dr.Mariana Gociu
Institut de Médecine Interne "N.Gh.Lupu"
Bucarest

Malgré le progrès réalisé ces dernières années dans le traitement des maladies de système, les schémas thérapeutique à intention curative ne se sont pas imposés de manière à ne plus nécessiter des modifications. Les récidives apparaissent encore dans une proportion assez grande et la

réserve immune de l'organisme est tellement sollicitée qu'elle ne peut pas toujours résister à une agression aussi puissante.

Pour épargner la capacité de réaction immune de l'organisme chez les malades appartenant aux stades III et IV aussi bien que chez ceux du stade II B, nous avons fait recours ces derniers temps à un traitement plus faible - la roentgenthérapie en doses très fractionnées - 50 r/champs et séance - associée parfois aux cytostatiques (Velbe 10 mg à un mois d'intervalle). Ce traitement, très bien toléré, a été appliqué aussi dans des cas de récidive chez ceux avec des séquelles après irradiation intensive préalable (radiodermite, fibrose pulmonaire ou avec intolérance envers les cytostatiques).

Ces procédés nous ont permis d'obtenir de nouvelles rémissions de bonne qualité ainsi que le prolongement de la durée de survie des malades.

INDICATIILE RADIOTERAPIEI IN PREZENTA SEMNELOR GENERALE IN BOALA HODGKIN

Dr.O.Popovici, Dr. El.Horodniceanu

Institutul oncologic, Bucureşti

Studiul se bazează pe analiza a 257 cazuri proprii de limfogranulomatoză malignă tratate în Institutul Oncologic Bucureşti.

Sînt luate în considerație atît semnele generale clinice cît şi elementele bio-imunologice.

Autorii ajung la concluzia că ansamblul acestor semne generale este unul din factorii principali de care tre-

bue să se ţină seama în indicaţia şi desfăşurarea radioterapiei. Acestea pot indica momentul începerii sau a întreruperii radioterapiei, ca şi doza şi ritmul de administrare, şi impun asocierea chimioterapiei.

INDICATIONS DE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRÉSENCE DES SIGNES GÉNÉRAUX DANS LA MALADIE HODGKIN

Dr. O.Popovici, Dr. El.Horodniceanu
Institut oncologique Bucarest

L'étude est basée sur l'analyse de 257 cas de lymphogranulomateuse maligne traités à l'Institut Oncologique de Bucarest.

On a pris en considération tant les signes généraux cliniques que les élements bio-immunologiques.

Les auteurs sont arrivés à la conclusion que l'ensemble de ces signes généraux est l'un des principaux facteurs dont on doit tenir compte dans l'indication et le déroulement de la radiothérapie.

Ceux-ci peuvent dicter le moment du début ou de l'interruption de la radiothérapie ainsi que la dose et le rythme de l'administration et impose l'association de la chimiothérapie.

REZULTATE COMPARATIVE IN RADIOTERAPIA SI ASOCIATIA RADIO-CHIMIOTERAPICA IN TRATAMENTUL SARCOAMELOR GANGLIONARE

Dr. E.Horodniceanu, dr.G. Aldea, dr.V.Staicopol, Dr. N. Trestioreanu
Institutul oncologic Bucureşti

In Institutul Oncologic Bucureşti au fost trataţi în perioada 1958-1968 un număr de 479 pacienţi cu sarcoame ganglionare (257 boală Hodgkin şi 222 limfo-reticulosarcoame). S-au aplicat acestor bolnavi metode variate de tratament : radiologic şi chimic ca metode unice sau asociaţie chimio-radiologică. In cadrul tratamentului prin radiaţiuni iradierea s-a efectuat prin tehnici convenţionale (180 kV) sau prin telegammaterapie (Co^{60} sau Cs^{137}). Chimioterapia citostatică s-a administrat fie prin utilizarea unui singur tip de citostatic, fie prin asocierea mai multor droguri.

Rezultatele obţinute s-au analizat în funcţie de forma histologică a tumorii, stadiul clinic al bolii şi tratamentul aplicat. S-a constatat că instituirea tratamentului radiologic şi chimio-radiologic poate determina o proporţie importantă de vindecări durabile, dacă indicaţia terapeutică este corect stabilită.

RÉSULTATS COMPARATIFS DANS LA RADIOTHÉRAPIE ET L'ASSOCIATION RADIO-CHIMIOTHÉRAPEUTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES SARCOMES GANGLIONNAIRES

Dr.E.Horodniceanu, dr.G.Aldea, dr.V.Stoicopol, dr. N. Trestioreanu

Institut oncologique, Bucarest

A l'Institut Oncologique de Bucarest ont été traités, pendant la période 1958-1968, un nombre de 479 patients avec sarcomes ganglionnaires (257 maladie Hodgkin et 222 lympho-réticulosarcomes). A ces malades on a appliqué des différentes méthodes de traitement radiologique et chimique comme méthodes uniques ou association chimio-radiolo-

gique. Dans le cadre du traitement par rayonnement, l'irradiation a été effectuée par des techniques conventionnelles (180 kV) ou par télégammathérapie (Co^{60} ou Cs^{137}). La chimiothérapie cytostatique a été administrée soit par l'utilisation d'un seul type de cytostatique soit par l'association de plusieurs drogues.

Les résultats obtenus ont été analysés en fonction de la forme histologique de la tumeur, du stade clinique de la maladie et du traitement appliqué. On a remarqué que l'institution du traitement radiologique et chimio-radiologique peut déterminer une importante proportion de guérisons durables, si l'indication thérapeutique a été correctement établie.

POSIBILITATILE SI LIMITELE RADIOTERAPIEI CONVENTIONALE IN RETICULOZELE MALIGNE DIN SFERA O.R.L.

Dr.V.Grancea, conf.dr.I.Pană, dr.S.Nicolaescu

Clinica radiologică Colţea

Radioterapia, tratament de elecţie în reticulozele maligne, îşi găseşte numeroase aplicaţii în localizările din sfera O.R.L. ale acestor afecţiuni. Progresele obţinute în ultimele decenii în ceea ce priveşte rezultatele terapeutice, comunicate în literatura mondială, se datoresc în principal utilizării surselor de radiaţii de energii ridicate, care permit suplimentarea dozei în volumele mari, potenţial afectate.

În ceea ce priveşte radioterapia convenţională,

limitele ei în materializarea intenţiei de curativitate sînt în general cunoscute. Totuşi o îmbunătăţire a rezultatelor rămîne încă posibilă, printr-o mai minuţioasă individualizare a tehnicii de iradiere, prin respectarea principiilor actuale ale terapeuticii reticulozelor maligne, printr-o judicioasă exploatare a parametrilor volum-doză-timp.

In lucrare sînt prezentate rezultatele obţinute în Clinica radiologică Colţea pe un lot de 53 pacienţi cu reticuloze maligne ale sferei O.R.L., obţinute prin utilizarea radioterapiei convenţionale, insistîndu-se asupra factorilor care le condiţionează.

TELEROENTGENTERAPIA CU VOLTAJ SCAZUT (55 kV) APLICATA IN MANIFESTARILE CUTANATE ALE MALADIILOR DE SISTEM SI IN DERMATOZE BENIGNE

Dr. Petre Popescu

Serviciul de radiologie şi medicină nucleară

Clinica a II-a de dermato-venerologie

Bucureşti

Autorul foloseşte de cîţiva ani teleroentgenterapia cu voltaj scăzut (55 kV), obţinută la aparate cu fereastră de beriliu, avînd o semiabsobţie în ţesuturi de pînă la 2 mm, care permite o iradiere generală cu doze totale mari, de la cîteva sute de R pînă la 1700 R.

Metoda a fost utilizată cu bune rezultate în tratamentul complex general şi local al celor 54 cazuri tratate, dintre care 34 au fost dermatoze benigne şi 20 cazuri cu manifestări cutanate ale maladiilor de sistem (hematodermii şi limforeticuloseroame).

Autorul remarcă, ca şi alţii, lipsa unor consecinţe generale, hematopoietice şi genetice chiar la doze peste 1000 R şi recomandă ca metoda să fie larg utilizată în unele boli de piele generalizate, după epuizarea altor tratamente mai puţin nocive şi poate înainte de a folosi, în unele afecţiuni benigne generalizate, citostaticele şi chiar corticoterapia prelungită.

In concluzie, se propune să se renunţe în dermatologie la folosirea teleroentgenterapiei clasice, care datorită radiaţiilor cu o penetraţie mare, de câţiva cm, oferă riscuri incomparabil mai mari decît teleroentgenterapia cu beriliu.

LA TÉLÉROENTGENTHÉRAPIE À VOLTAGE BAS (55 kV) APPLIQUÉE DANS LES MANIFESTATIONS CUTANÉES DES MALADIES DE SYSTÈME ET DANS LES DERMATOSES BENIGNES

Dr. Petre Popescu

La II-ème Clinique de Dermato-Vénérologie

Bucarest

L'auteur utilise depuis quelques années la téléroentgenthérapie à voltage bas (55 kV) obtenue aux appareils avec fenêtre de beryllium ayant une semi-absorption dans des tissus jusqu'à 2 mm qui permet une irradiation générale, à doses totales élevées, de quelques centaines de r, jusqu'à 1700 r.

La méthode a été utilisée avec de bons résultats dans le traitement complexe général et local des 54 cas

traités, dasquels 34 etaient des dermatoses benignes et 20 cas avec des manifestations cutanées des maladies de système (hématodermies et lympho-rèticulo-sarcomes).

L'auteur remarque, comme d'autres, l'absence de certaines conséquences générales, hématopoiètiques et génétiques même aux doses au-dessus de 1000 r, et recommande que la méthode soit utilisée d'une manière plus étendue dans certaines maladies de la peau, généralisées, après l'épisement d'autres traitements moins nocifs et, peut-être avant d'avoir utilisé, dans quelques affections benignes généralisées, les cytostatiques et même la corticothérapie prolongée.

En conclusion, on propose de renoncer en dermatologie, à l'emploi de la téléroentgenthérapie classique qui, à cause des rayonnements avec une grande pénétration de quelques centimètres, présente des risques incomparablement plus grands que la téléroentgenthérapie à beryllium.

ASOCIEREA CHIMIO-RADIOTERAPICA ADECVATA IN UNELE BOLI MALIGNE DE SISTEM

Dr. A.Kertész, prof.dr.I.Krepsz, dr.Z.Szecsei, dr. I.Sass

Clinica radiologică şi clinica medicală I

Tg. Mureş

Folosim citostaticele în tratamentul afecţiunilor maligne de peste 15 ani, în majoritatea cazurilor pentru boli de sistem, de obicei sub forma unor cure asociate chimio-radiante. In prima treime a acestui interval a trebuit să ne limităm la substanţele relativ toxice şi de eficienţă

relativ redusă (azotiperita şi derivate simple, Mitomen,TEM, Bayer E-39, experimentarea flevianatului de sodiu,etc.) accesibile în acea perioadă, administrate pe cale generală.Apoi s-a lărgit în mod adecvat şi arsenalul preparatelor de care dispunem, acestea, într-o formă de prezentare injectabilă adecvată, pretîndu-se şi administrării selective.

Practica noastră a confirmat pe deplin corectitudinea următoarelor concluzii :

1) Administrarea generală (peroral, injecţie simplă) înseamnă o diluare a cotei-părţi terapeutice a efectului, concomitentă cu intoxicarea întregului organism. In acest fel fiind foarte problematică atingerea pragului de eficienţă, această administrare este indicată doar ca o completare a curei radiante locale, în scopul profilaxiei manifestărilor diseminate, folosind cu precădere substanţe cu eficienţe bună pentru forma respectivă (vezi mai jos).

2) Se valorifică cu deplin succes efectele "selective" ale preparatelor citostatice, chiar şi în cadrul curelor asociate sau în administrare selectivă arterială.Astfel materialul prezentat documentează valoarea selectivă a sarcolizinelor (soluţiile preparate le IOB, Alkeran, Melphalan) pentru formele reticulozice, a ciclofosfamidei (Endoxan, Clafen) pentru formele limfadenopatice,apelîndu-se la Natulan în cazul bolii Hodgkin, la Leukeran în cazul limfoleucozelor cronice .ţ.a. De menţionat utilitatea asocierii cu actinomicina-D (Daktinomycin, Lyovac) în scopul potenţării efectului curei radiante locale, ca şi pentru profilaxia şi jugularea citemiei tumorale.

3) Cura radiantă locală primează ori de cîte ori este posibilă.

CONSIDERATII ASUPRA RADIOTERAPIEI SI REZULTATELE SALE IN BOLILE MALIGNE DE SISTEM

Dr.Romeo V.Sturdza, dr.Cornel Chicoş, dr.Ctin.Taşcă
Serviciul radiologie al Spitalului de Adulţi
Bîrlad

După o trecere în revistă şi unele consideraţii asupra radioterapiei în bolile maligne de sistem se prezintă rezultatele obţinute în Serviciul radiologie al Spitalului din Bîrlad în ultimii 10 ani.

Observaţiile noastre arată că dacă în multe cazuri am avut uneori rezultate spectaculoase - chiar şi în forme mai avansate - ca şi în aceles într-o fază iniţială - mai devreme sau mai tîrziu s-au produs recidive şi generalizare sarcomatoasă.

Considerăm că tratamentul radioterapic trebuie asociat şi cu restul arsenalului terapeutic.

Aceşti bolnavi trebuie dispensarizaţi şi urmăriţi, ceea ce presupune o colaborare strînsă cu serviciul de oncologie.

INDICATIILE SI LIMITELE COBALTOTERAPIEI IN LIMFO SI RETICULOSARCOAME

Dr. N. Ghilezan
Institutul oncologic Cluj

Radioterapia limfo şi reticulosar[illegible]

ciuda radiosensibilităţii lor, a avut mult timp un caracter mai mult paliativ datorită potenţialului evolutiv extrem de rapid al acestor afecţiuni. Apariţia cobaltoterapiei a însemnat un progres şi în tratamentul acestor afecţiuni aducînd o ameliorare substanţială a rezultatelor în special în stadiile incipiente.

In serviciul de cobalt al Institutului oncologic Cluj, în perioada 1967-1969 au fost iradiaţi 53 bolnavi cu limfo şi reticulosarcoame. Dozele administrate au variat între 3000 şi 4000 rads/3-4 săptămîni pentru limfosarcoame şi 4000 - 6000 rads/4-6 săptămîni pentru reticulosarcoame. Caracterul imprevizibil al diseminării limfo şi reticulosarcoamelor face iluzorie instituirea unei iradieri profilactice a zonelor adiacente celor invadate clinic.

La 3 ani s-au înregistrat 35 % supravieţuiri, prognosticul cel mai favorabil fiind pentru formele cu debut în sfera ORL (44 %) şi în special localizările amigdaliene. Evoluţia în ansamblu a acestor bolnavi a fost intermediară între bolile de sistem şi tumorile proprii acestei regiuni, clasificarea TNM a tumorilor ORL avînd o semnificaţie prognostică mai reală decît stadializarea bolilor de sistem. Prognosticul foarte rezervat al formelor cu debut mediastinal sau abdominal se datoreşte probabil unei stadializări incorecte din cauza procedeelor noastre diagnostice încă insuficient de exacte.

INDICATIONS AND LIMITS OF THE COBALTOTHERAPY IN LYMPHOSARCOMA AND RETICULLUM CELL SARCOMA

Dr. N. Ghilezan

Institutul oncologic Cluj

In spite of their radiosensitivity, the radiotherapy of lymphosarcoma (LS) and reticullum cel sarcoma (RS) had long time only a paliative aim, point of view which need to be reconsidered after the introducing of the cobaltotherapy. During 1967-1969, 53 patients with LS and RS were irradiated in the cobalt service of the Oncological Institute Cluj. The dose delivered varied between 3000-4000 rads over 3-4 weeks for LS and 4000-6000 rads over 4-6 weeks for RS. The unforeseen character of metastases incidence of RS and LS makes illusory a prophilactic irradiation.

At 3 yr., 35 % survivals were recorded, the most favorable prognosis being for the forms localized in the ORL area/ 44 %/ and especially in the tonsil. The natural history of these patients was intermediate between a systemic disease and an ORL tumor, the TNM staging of the ORL tumors having a more really prognostic significance than Paris-Rye classification.

APRECIERE CRITICA ASUPRA REZULTATELOR RADIOTERAPIEI CONVENTIONALE IN BOALA HODGKIN

Dr.V.Grancea, conf.dr.I.Pană, dr.P.Micescu

Clinica radiologică Colțea

Ultimul deceniu a marcat incontestabile progrese în ceea ce privește rezultatele radioterapiei în boala Hodgkin, ca de altfel în reticulozele maligne în general. Din

statisticile marilor centre de tratament antitumoral, şi îndeosebi ale celor americane (Vera Peters, Easson, Kaplan, Hynes etc.) rezultă că aceste progrese se materializează în principal printr-un procent de aproximativ 70 - 80 % supravieţuiri peste 5 ani în stadiile I şi II, din care peste 50 % fără semne clinice de reactivare. Aceste rezultate, dublate de o apreciabilă sporire a eficienţei tratamentelor paliative, se datoresc pe de o parte concepţiei moderne de abordare terapeutică a bolii Hodgkin, şi pe de alta utilizării energiilor ridicate, care permit atingerea dozei utile.

O apreciere comparativă a rezultatelor radioterapiei convenţionale, utilizată în practica noastră, apare destul de dificilă. Aceasta datorită dificultăţilor de dozimetrie exactă, imposibilităţii de a administra în toate cazurile doza necesară intenţiei curative şi mai ales lipsei unor studii histopatologice exhaustive, care să permită o stadializare precisă. In cazurile în care condiţiile favorabile au permis realizarea deziderateloe unui tratament considerat corect în lumina concepţiilor actuale, se poate aprecia că rezultatele radioterapiei sînt perfect similare celor obţinute prin iradierea cu energii ridicate. In lucrare sînt prezentate exemplificări ale acestei afirmaţii.

Se impune ca, în vederea creierii condiţiilor unei aprecieri exacte a posibilităţilor radioterapiei convenţionale în boala Hodgkin, să se acorde o atenţie deosebită dozimetriei precise, standardizării tratamentului în funcţie de principiile actuale de stadializare şi mai ales studiului histopatologic pe baza căruia această stadializare este con-

cepută în prezent.

"VALOAREA COBALTOTERAPIEI IN LIMFOGRANULOMATOZA MALIGNA

Dr. N. Ghilezan

Institutul oncologic Cluj

In perioada 1967 - 1970 în serviciul de cobalt al Institutului oncologic Cluj au fost iradiaţi 44 bolnavi cu boală Hodgkin. Analiza rezultatelor obţinute la 3 ani a urmărit aprecierea valorii cobaltoterapiei în contextul terapeutic general al bolii Hodgkin prin prisma eficacităţii ei locale, respectiv apariţia recidivelor şi influenţarea evoluţiei bolii după iradiere.

Iradierea s-a făcut cu un aparat Chisotron-Chirana, prevăzut cu localizatoare fixe care nu permit aplicarea tehnicilor moderne de tratament. S-a realizat o tehnică de iradiere adaptată aparaturii, care a necesitat rezolvarea unor probleme dozimetrice legate de aplicarea cîmpurilor multiple adiacente. Dozele administrate au variat între 3500 şi 5000 rads 3 - 5 săptămîni pentru regiunile clinic invadate şi între 2500 - 3000 rads/ 2-3 săptămîni pentru regiunile radiate profilactic. Cobaltoterapia a reuşit să obţină sterilizarea locală în 87 % a cazurilor iradiate, înregistrîndu-se numai 13 % recidive locale (majoritatea la nivelul mediastinului). Pe baza rezultatelor obţinute se trasează o curbă a raportului doză-timp care sugerează valoarea dozei optime ca fiind circa 1400 rat. valoarea în general mai mare decît cele recomandate în literatură.

Supravieţuirea la 3 ani este 68 % pentru toate sta-

diile, dar evoluţia bolii nu este condiţionată atît de rezultatul local al iradierii, cît de extinderea reală a procesului hodgkinian în momentul începerii iradierii. Este necesară introducerea laparatomiei exploratorii pentru stadializarea cît mai reală a bolii. Cobaltoterapia recidivelor hodgkiniene după chimioterapie sau iradieri anterioare este urmată de rezultate mediocre, supravieţuirea acestor bolnavi fiind sub 35 % la 3 ani.

THE VALUE OF COBALTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF HODGKIN'S DISEASE

Dr. N. Ghilezan

Institutul oncologic Cluj

In the cobalt service of the Oncological Institute Cluj during 1967 - 1970, 44 patients with Hodgkin's disease were irradiated. The analysis of the 3 yr. results estimated the value of the cobaltotherapy in the management of Hodgkin's disease through its local efficacy, i.e. the rate of local recurrences and the further evolution of the disease after radiotherapy. The irradiation was carried out with a Chisotron-Chirana unit provided with fixed collimators for which an appropriate technique was developped(multiple contiguous fields). The doses varied between 3500-5000 rads over 3-5 weeks for the involved areas and 2500-3000 rads over 2-3 weeks for those irradiated prophilactically. The local control was recorded in 87 % of cases, the great majority of local recurrences being in mediastinum. On the basis of these results it is drown a curve which suggests

that the optimal value of the time-dose relationship is about 1400 ret.

The 3 yr. survival is 66 % for all stages, but the evolution of the disease is not so much dependent of the local rezult of irradiation as the real extension at the time of the first treatment. It is underlined the value of laparatomy for a correct staging of the disease. The cobaltotherapy for recurrences is of little value because 3 yr. survival is under 35 %.

IMPORTANTA VITAMINEI B_6 IN TRATAMENTUL LEUCEMIILOR CRONICE

Dr.I.Sass, dr.E.Kifor, dr.Éva Kötay-Lakatos, dr. G.Borsai

Clinica medicală I Tg. Mureș

Tratamentul specific al leucemiilor cronice - radioterapia, citostatice - este util completat prin administrarea în doze mari de vitamina B_6. Efectul favorabil în mod empiric a determinat aplicarea pe scară largă a piridoxinei, fără a se cunoaște mai detailat modul ei de acțiune.

In leucemia granulocitară cronică (LGC) se constată o serie de simptome clinice și de laborator, ca tulburări de coagulare, hiperhistaminemia, hiperheparinemia, activitatea crescută a unor enzime în plasmă, fenomene care reflectă modificări produse în procesul de sinteză, stocare sau eliberare a componenților granulocitari (lizozomi sau granule specifice).

La aceste anomalii se asociază tulburări metaboli-

ce în metabolismul intermediar al triptofanului. Se poate presupune o interdependenţă între anomalia granulelor leucocitare şi tulburările metabolice ale triptofanului, ambele procese fiind evident influenţate de piridoxină.

Eliberarea cantităţilor excesive de componenţi granulari în mediul extracelular determină printre altele şi creşterea vitezei de inactivare a trombinei în serul sanghin.

S-a studiat în total la 35 de bolnavi, suferinzi de LGC şi 20 bolnavi cu leucemie limfoidă cronică (LLC), viteza de inactivare a trombinei. Unui lot s-a administrat per os 2 g triptofan (preparat Fluka Helvetia), iar celălalt lot a primit zilnic 500 mg de vit. B_6 intravenos, timp de 3 zile. S-a constatat că la bolnavi de LGC vitamina B_6 scade semnificativ viteza de inactivare a trombinei, iar administrarea de triptofan are un efect invers. Fenomenul similar se produce şi la bolnavi suferinzi de LLC, dar modificările nu sînt statistic semnificative.

Astfel se poate afirma că efectul vit. B_6 se produce cel puţin parţial prin redresarea tulburărilor de degranulare şi cele metabolice ale triptofanului, ceea ce se repercută favorabil în prevenirea sindromului hemoragipar, observat destul de frecvent în evoluţia sau în cursul tratamentului bolnavilor de leucemie cronică

COMPLET ROENTGENORADIOISOTOPIC RESEARCH OF LIMPHATIC SYSTEM OF PELVIS AND RETROPERITONEAL SPACE

R.I.Vepkhvadze, B.B.Kapanadze, I.A.Vachnadze

Successes of modern lymphography prove, that method of direct roentgenocontrasting lymphography has decisive importance in visualization of lymphatic system of pelvis and retroperitoneal space. At the same time, given method, don't always allows us to estimate for sure, condition and function of this system.

From the other side indirect method of isotopic lymphography don't allows to make up any opinion about anatomyc constriction of lymphatic nodes and especially lymphatic vessels. This method gives us an image of only normally functioning vessels.

Combination of thise two methods gives us big advantages during research of structure and function of lymfatic system. We have some researches, concern to this problem there methods are quit different from each other. At the same time we have all preconditions for making of united unifyed method of given research.

We study diagnostic value of such combinated research with aim of exposure of possibilities in method, and also it's practical importance for clinics. The results of observation proved value practical importance of complex roentgenoradioisotopic research of lymphatic system of pelvis and retroperitoneal space.

RADIOISOTOPIC DIAGNOSIS BY MALIGNANT SYSTEMIC DISEASES

Prof. agr. A.Buzduganov, I.Uzunov, T.Marovski
Radioisotopic Center with Radiological Clinic
Higer Medical Institute "I.P.Pavlov" Plovdiv
Bulgaria

The radioisotopic diagnosis contributes in many cases to clear up the species of malignant systematic diseases and the extent of their spread. The authors studies along these are reported. A black and white as well as a colour scintigraphy of the marrow, spleen, lymphnodes, liver, lungs and bones are carried out by chronic lymphatic leukemia and lymphadenosis, by the lymphogranulomatosis of Hodgkins, by reticulosis, myeloma multiplex and polycythaemia vera. The marrow scintigraphy with radioactive gold has determined some present changes wich point out to a cellular reduction of the marrow by leukaemia, to partial lesions by tumor formations - a lo al presence of the systemic disease, and to a considerable increase of the marrow pool by polycythaemia vera. Face and profile scanning of the spleen with radioactive chromium (^{51}Cr) or ^{197}Hg - brommercuryhydroxipropan has given chiefly informations of its size and structure. The lymphoscintigraphy with radioactive gold gives us considerably reliable informations of the partial or total engegsment of lymphnodes, while by lymphogranulomatosis it gives informations of the radioindicator hyperfixation according to the functional condition of the reticuloendothelium. Defects in liver and lungs as well as the heterogenity of

their structure and some other changes which are in close connection to the character of the process and the extent of generalization are determined in many cases. Changes in bones can be determined prior to roentgen visualization.

Conclusions concerning the important possibilities of the isotopic diagnosis by systemic diseases are drawn.

VALOAREA LIMFOGRAFIEI IZOTOPICE SI A ADMINITRARII ENDOLIMFATICE DE CITOSTATICE IN DIAGNOSTICUL STADIAL SI TRATAMENTUL CANCERULUI DE COL UTERIN

Prof.dr.I.Bîrzu, dr.I.C.Drăgănescu, dr.R.Niţescu, dr. Ioana Gheorghiu

Clinica de radiologie Spitalul "Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti

Acest studiu se referă la un număr de 50 de cazuri de neoplasme de col uterin în stadiul I şi II, 24 de cazuri stadiul I, 26 de cazuri stadiul II.

Din cele 26 cazuri stadiul II la 14 cazuri s-a făcut nu numai limfografia, dar şi limfoterapia citostatică. Tio-Tepa 1 mg kg corp, Endoxan (Ciclophosphamide 10 mg kg corp).

La 8 cazuri s-a administrat un m.c.P/32 de fiecare parte.

Au fost supuse intervenţiei chirurgicale 19 din bolnavele stadiul I şi 21 din stadiul II.

Imaginile limfografice au fost verificate din punct de vedere histopatologic pe piesele operatorii.

Sînt analizate rezultatele din punct de vedere diagnostic şi terapeutic.

LA VALEUR DE LA LYMPHOGRAPHIE IZOTOPIQUE ET DE L'ADMINISTRATION ENDOLYMPHATIQUE DES CYTOSTATIQUES DANS LE DIAGNOSTIC STADIAL ET LE TRAITEMENT DU CANCER DU CERVIX

Prof.dr.I.Bîrzu, dr.I.C.Drăgănescu, dr.R.Niţescu
dr.Ioana Gheorghiu
Clinique de Radiologie Hôpital Dr.I.Cantacuzino
Bucarest

Cette étude se réfère à un nombre de 5 cas de néoplasies du cervix au stade I et II, 2[illegible] cas st.I - 26 cas st.II.

De cas 26 cas st.II on 14 cas on a fait non seulement une lymphographie mais aussi une lymphothérapie citostatique Tio-Tepa 1 mg. kgr.corp, Endoxan (Ciclophosphamides) 1o mg.kgr.corp.

En 8 cas on a administré 1 mCi. P^{32} de chaque côté.

Parmi les malades dans le stade I - 19 et 21 du st.II ont été soumis à l'intervention chirurgicale.

Les images lymphographiques ont été vérifiées du point de vue histologique sur les pieces oppératoires.

Les résultats du point de vue diagnostique et thérapeutique sont analysées.

LIMFOGRAFIA IZOTOPICA CU Au^{198} COLOIDAL IN DIAGNOSTICUL SI CONTROLUL TERAPEUTIC AL MALADIILOR DE SISTEM

Conf.dr.I.Pană, Ileana Banu, S.Nicolaescu

S-a efectuat limfografia izotopică cu Au^{198} S_6 coloidal a ganglionilor limfatici pelvieni şi abdominali, la bolnavii cu maladii de sistem (limfosarcom,reticulo-limfosarcom, maladie Hodgkin) comparativ cu bolnavi cu neoplazii localizate în sfera genitală, care au servit ca martori.

S-au cercetat condiţiile tehnice pentru obţinerea unor scintigrame corecte şi s-au delimitat factorii care pot influenţa aspectul scintigramelor normale.

Scintigramele patologice au fost analizate pe baza unor criterii şi a unui sistem de clasificare propriu. Rezultatele obţinute au permis, în raport cu timpul,frecvenţa şi gruparea anumitor fedecte scintigrafice, să se stabilească mai corect stadiul de evoluţie al maladiei, la fiecare bolnav în parte. Controlul clinic şi scintigrafic repetat, a confirmat datele înregistrate pe scintigrame şi a infirmat în 25 % din cazuri încadrarea stadială iniţială, efectuată prin examen clinic. Delimitarea pe scintigrame a întinderii cranio-caudale şi laterale a lanţurilor ganglionare limfatice abdominale şi localizarea leziunilor pe grupe ganglionare, a permis selecţionarea unui cîmp de iradiere pentru tratamentul cu raze X, adaptat la nevoile fiecărui bolnav în parte. Cercetările efectuate de noi au arătat că limfografia izotopică cu Au^{198} coloidal se impune ca o metodă deosebit de utilă în diagnosticul şi controlul evoluţiei maladiilor de sistem.

LYMPHOGRAPHY BY MEANS OF ISOTOPES UTILIZING COLLOIDAL GOLD (Au^{198}) FOR DIAGNOSIS AND THERAPEUTICAL CHECK-UP OF THE SYSTEMIC DISEASES

Prof.agr.dr.I.Pană, dr.S.Nicolaescu

There was performed the isotopical lymphography with colloidal $Au^{198}S_6$ of the pelvic and abdominal ganglia in patients with sistemic diseases (lymphatic sarcoma,reticulo-lymphatic sarcoma,Hodgkin's disease) as compared to patients suffering of neoplasis localized within the genital sphere, which served as controls.

In order to obtain correct scintigramms,the technical conditions were investigated an there were delimited the factors which may influence the aspect of the normal scintigramms.

The pathological scintigramms were analysed on the ground of personal criteria and of a personal classification system. The results obtained allowed with regard to the type, the frequency and the grouping of certain scintigraphic defects to establish more accurately the evolutive stage of the disease in each single patient. The reiterated clinical and scintigraphic check-ups confirmed the findings registered on the scintigramms and in 25 % of the cases invalidated the in initial stage classification which was performed trough clinical examination.The delimitation on the scintigramms of the cranio-caudal and lateral area of the abdominal lymp nodes chains and the localization of the lesions by lymph nods groups, allowed to select an irradiation field for the treat-with X-rays adapted to the needs of each single patient. Our researches showed that the lymphography with isotopes by means of colloidal Au^{198} assert itself as a particularly useful method in the diagnosis and the supervision of the evolution of the systemic diseases.

ASPECTE LIMFOSCINTIGRAFICE IN BOLILE DE SISTEM

Dr.T.Holan, dr.M.Micluţia, dr.I.Macovei, dr.M. Crişan, dr.R.Spermezan

Secţia de Medicină Nucleară şi Institutul Oncologic Cluj

Autorii au executat este 50 limfografii scintigrafice. Consideră că metoda este lipsită de orice pericol, este comodă pentru bolnav şi medic, iar rezultatele obţinute sînt concludente. Imaginile nu sînt atît de clare ca în limfografiile cu contrast, dar metoda injectării intracutanate la extremităţi sau în regiunea auriculară este bine tolerată şi nu necesită deschiderea operatorie a vaselor limfatice. Avantajul acestei metode este că are şi un caracter funcţional (transport activ al particulelor coloidale sau radioactiv) exprimabil prin curbele de creştere a radioactivităţii la nivelul ganglionilor limfatici. Doza de iradiere nu pune probleme deosebite pentru bolnav.

Sînt prezentate unele rezultate calitative (fără prelucrare statistică - casuistica fiind redusă), ajungînd la concluzia că prin punerea în evidenţă a unor leziuni ganglionare inaccesibile examenului clinic (iliace, paraaortice abdominale, mediastin superior) fac posibilă o mai bună încadrare de stadialitate a bolii de sistem.

Se asigură astfel o mai adecvată atitudine terapeutică a acestei boli.

LYMPHOSCINTIGRAPHICAL ASPECTS IN SYSTEM DISEASES

T.Holan,M.Miclutia, I.Macavei, M.Crişan,R.Spermezan
Department of Nuclear Medicine and Oncological Institute Cluj

The authors have studied more as 50 cases with lymphoscintigrams. They consider that the method is harmful, not dangereous, and easy executable for the pacient and the medical personal. The results are very concludent. The pictures are not so accurates as in the röntgen lymphograms with contrast material,but the intracutan injection in the extremities or behind the ears, are better tolerated by the pacients as the surgical opening of the lymphatic vessels.

The great advantage of the method is his functionallity (it means the active transport of the cooloid_gold particles) described by the authors over the lymphatic nodules. The radiation exposure of the pacient is not very important as result of the short half life period of the radio gold-198.

They are described some qualitative results (without quantitative analysys having a reduced number of cases) attending the conclusion that the finding clinically hided nodule lesions (parailiacs,paraaortics in the abdomen,superior medistinals etc.) assure the possibility of a better stadialization of the system diseases. The therapeutical accuracy is helped with this method.

POSSIBILITÉS DIAGNOSTIQUES DE LA SCINTIGRAPHIE DU CERVEAU

Dr. T. Marovski
Faculté de médecine, Plovdiv, Bulgarie
Centre de Radioisotope avec Clinique Radiologique

La scintigraphie cérébrale a, dans l'état actuel de la technique, une grande valeur dans le dépistage des manifestations pathologiques du cerveau comme : tumeurs bénignes ou malignes, primitives ou métastatiques, abcès, hémorragie, encéphalopathies, états post-traumatiques, évaluation après craniotomie etc.

L'emploi des isotopes qui ont une courte période de demivie, comme ^{99m}Tc sous forme de pertechétate et ^{113m}In sous forme de DTPA ou EDTA permet de préciser l'intérêt diagnostique de la scintigraphie du cerveau sans risque d'irradier avec de grandes doses les malades, ce qui permet d'examiner même les enfants. L'irradiation du corps et des organes critiques est moindre qu'avec l'iode ^{131}, mercure ^{203}, l'iterbium 169 etc.

Les scintigraphies étudiées chez les 120 malades, présentent un intérêt pratique immédiat pour le chirurgien et le thérapeutiste.

La découverte scintigraphique des lésions foceux méconnues a une grande valeur.

La scintigraphie post-opératoire ou post-thérapeutique a une grande importance pour préciser la radicalité ou non de l'opération ou l'éfficacité du traitement appliqué.

L'auteur insiste sur les possibilités et les avantages de chaque produit pharmaceutique marqué.

DIAGNOSTIC APPLICATION OF RADIOACTIVE INDIUM (^{113m}In)

Prof.dr.At.Buzduganov, dr.T.Marovski, dr.I.Uzunov, dr. A.Ignatov

Radioisotopic Center with Radiological Clinic

Higher Medical Institute "I.P.Pavlov"-Plovdiv

Bulgaria

The suitable radiation characteristics, the short period of semidisintegration as well as the reduced radiation risk appear as a premise for the growing up application of radioactive indium. Experients carried out by the authors on 800 scintigraphies with ^{113m}In are reported. Scanning is carried out in black-and-white an color record conditions. Liver by cirrhosis, hepatitis, tumours and echinococcosis, kidneys by pyelonephritis, calculosis, tuberculosis, anomalies and tumours, brain by tumours, inflamation and vessel changes cardiac cavities by diseases of the cardiovascular systems, lungs by benignant and malignant tumours, inflamation processes, anomalies, silicosis and radiofibrosis have been successfully scintigraphicated. A Placentographie by normal and patological disposition of the placenta is carried out. The scintigraphic images obtained are compared to the clinical and paraclinical detailed exploration data. Indicators and possibilities of radioactive indium application in clinical practice are discussed.

CLEARANCES RENAUX PAR RADIO-ISOTOPES-INDICATIONS ET RESULTATS

Dr. A. Ignatov

Centre de Radio-isotop avec Clinique Radiologique

Faculté de Médecine, Plovdiv, Bulgarie

On a déterminé chez 330 malades le degré de la filtration des glomérules par l'utilisation de : ^{51}Cr-EDTA, ^{58}Co-DTPA, ^{131}I-jodalamate et ^{169}Ib-EDTA. Chèz 25 d'entre eux, parallélement à la fixation du degré de filtration des glomérules, on a détreminé aussi le courant sanguin plasmatique effectif, à l'aide de l'hypuran ^{131}I. La méthode de "Single-Shot", a été utilisé par deux épreuves plasmatiques. On a réparti les malades par groupes d'affections: glomérulo-néphrite aigué et chronique, pyélonéphrite chronique, diabète sucré, néphropathie de grossesse, collagenosis.On a effectué des comparaisons corrélatives avec les résultats du clearance de la créatine endogène chez les enfants et les adultes. On fixe les résultats par groupes d'affections et on établit les indications pour détrominer le clearance afin d'évaluer le degré de filtration des glomérules et celui pour déterminer le courant sanguin plasmatique effectif. On souligne la valeur pronostique des méthodes des cléarances par radio-isotopes, la facilité de leur application dans la pratique et la grande précision de leur détrominetion.

SCINTIGRAPHIE COMBINÉE DU POUMON ET DU FOIE DANS LES MALADIES DE LA BASE DROITE DU POUMON ET DE LA VOUTE DU FOIE

Dr. T. Marevaki, dr.I. Uzunov

La scintigraphie du poumon et du foie trouve une place considérable dans les cas difficiles du diagnostic différentiel des maladies localisées dans la base du poumon droit et de la voûte du foie. La possibilité de la scintigraphie combinée du poumon et du foie pour différencier les abcès supra et subdiaphragmatiques, les relaxations diaphragmatiques, les tumeurs et les kystes de ces deux organes est bien connue.

Les auteurs font une analyse des résultats obtenus par la scintigraphie combinée du poumon et du foie dans les tumeurs, les affections kystiques, les abcès et les ascites. L'étude des scintigrammes donne la possibilité de différencier l'organe affecté et de poser le diagnostic éthiologique dans certains cas.

La scintigraphie pulmonaire s'effectue avec ^{131}I-MAA ^{113m}In-ferrihydroxide, tandis que celle du foie avec ^{198}Au, ^{99m}Tc-sulfocolloïdes et ^{113m}In-colloïdes gélatineux.

Comodes sont pour les examens pratiqués les colloïdes gélatineux marqués avec ^{113m}In, avec un pH choisi, qui donne la possibilité aux radionucléides de se fixer dans les deux organes.

Les auteurs examinent les avantages et les possibilités de la scintigraphie en couleur.

APPLICATION DU ^{99m}Tc-PERTECHNETATE DANS L'EXAMEN SCINTIGRAPHIQUE DE LA GLANDE THYROIDE

Dr. N. Vlahov, dr. I.Uzunov
Centre de Radio-isotope avec Clinique Radiologique
Faculté de Médecine, Plovdiv, Bulgarie

L'application dans la pratique médicale du ^{99m}Tc-pertechnétate a des avantages sérieux, qui sont exprimés par la diminution du risque de la radiation, l'effectuation des analyses dynamiques, le raccourcissement du temps d'examen et par l'intervale de répétition de ces derniers.

En ce qui concerne cela, on a introduit au Centre de radio-isotope avec Clinique radiologique du Faculté de médecine de Plovdiv, la scintigraphie de la glande thyroïde par ^{99m}Tc-pertechnétate.

On décrit la méthode utilisé et on donne les résultats obtenus. 11o malades ont été investigués. Les résultats ont été confrontés par de larges études cliniques et paracliniques.

Les auteurs font part encore des examens scintigraphiques comparatifs, effectués par ^{131}I Na.

On souligne les possibilités et les avantages de la scintigraphie effectuée par ^{99m}Tc pertéchnétate.

^{113m}In - HARMACCEL PREPARATION FOR SCINTIGRAPHIC STUDY OF LIVER

Dr. I.Uzunov
Radioisotopic Center with Radiological Clinic
Higer Medical Institute "I.P.Pavlov", Plovdiv, Bulgaria

The use of ^{113m}In-gelatine colloids for scintigraphic examination of the liver may always cause some anaphylaxis reactions due to gelatine incompatibility. Such cases have been reported by different authors. Experiments carried out at the Radioisotopic Center (Higher Medical Institute, Plovdiv) have confirmed it as well. The short lived ^{113m}In does not admit a preliminary appyrogenic control of the gelatine preparations. That is why the author has worked out the ^{113m}In - Haemaccel which is in fact a 3.5 % isotonic appyrogenic solution of a gelatine, partially decomposed and purified. It contains plenty of aminoacids and has no antigenic preparaties. Haemaccel is offered sterile for sale and can be stored by inddor temperature. The method of preparing the ^{113m}In - colloids is considerably simplified by using Haemaccel. Their applications upon rabbits demonstrates a high percentage of accumulation in the liver. Contrast scintigraphies of the liver have been obtained with the help of ^{113m}In-Haemaccel by 40 patients, showing a good compatibility and no lateral effects.

LOCUL TRATAMENTULUI CU FOSFOR RADIOACTIV IN POLIGLOBULIE

Ir. M.Mieluţia, dr.T.Holan

Secţia de medicină nucleară Cluj

Autorii expun experienţa personală în tratamentul poliglobuliei cu fosfor radioactiv, ajungînd la următoarele concluzii :

1) Tratamentul cu ^{32}P în poliglobulie dă rezultate bune la marea majoritate a bolnavilor.

2) Durata medie a remisiunilor se situează la limita superioară a celor comunicate în literatură şi aceasta pe lîngă o doză medie globală mai c doză medie pe an şi la kg greutate, redusă.

3) Dozele de ^{32}P au fost administrare doar pe cale orală, în 2-3 fracţiuni (pentru fiecare serie), la cîteva zile interval.

4) Media remisiunilor la seria I şi a IIa a fost de 3w,1 luni pentru fiecare serie.

5) Doza medie la la kg greutate pe an a fost la cele mai multe cazuri sub o,5 mCi.

6) Nu am observat pe materialul nostru cazuistic nici o transformare blastică şi nici complicaţii de tip anemic.

7) Sîntem tentaţi să considerăm transformarea blastică a poliglobuliilor mai mult ca expresia evoluţiei spontane a afecţiunii, independent de iradiere, dar care apare şi se validează odată cu prelungirea duratei supravieţuirilor, consecutivă mijloacelor actuale de tratament.

8) Tratamentul cu ^{32}P trebuie încadrat într-un plan terapeutic complex şi aceasta pentru a prelungi remisiunile şi a consolida rezultatele obţinute prin terapia radiantă.

THE PLACE OF THE TREATMENT WITH RADIOPHOSPHORUS OF THE ERITRAEMIA VERA

Dr. M.Micluţia, conf.dr. T.Holan

Department of Nuclear Medicine, Cluj

The own experience of the authors have demonstrated:

1) The treatment with radiophosphorus gives a good result by the greatest part of the pacients.

2) The delay of the obtained remissions are on the limits of them described in the medical literature, with a low global dosis per year and per body/kg.

3) The administration of the doses was only orally and fractionated (2 or 3) in each serial of irradiation. Between the fractions there were a few days.

4) The remission time was for the pacients with one or two series of irradiation in average 3o,1 month.

5) The utilised average dose for lo kg body weight was under o,5 mCi.

6) The lake of blastic transformation and anaemical complications.

7) We consider the blastic transformations as a spontan evolutive signsindependent from the utilised therapeutical method.

8) The treatment with radiophosphorus must by included in a complex therapeutical planning very individualised.

PROBLEME DOZIMETRICE IN IRADIEREA CIMPURILOR MARI PENTRU BOLILE DE SISTEM

Dr.N.Ghilezan, fiz.Dorina Mogut
Institutul Oncologic - Cluj

Iradierea unor volume mari - *supra sau subdiagragmatice* sub forma tehnicilor "mantle-field" sau Y-shape" în bolile de sistem, este astăzi în mod unanim admisă. Această iradiere ridică însă numeroase probleme dozimetrice legate

de calculul exact al dozei administrate şi delimitarea volumelor iradiate.

In calculul dozelor administrate intervin numeroşi parametri ca DSP diferite, dimensiunea cîmpurilor, dimensiuni inegale ale volumului iradiat, izodoza de referinţă.

De asemenea este necesară asigurarea unei reproduceri cît mai fidele a cîmpurilor de iradiere la fiecare şedinţă de tratament.

Sînt prezentate în detaliu metoda de calcul şi măsurătorile făcute pentru determinarea corectă a dozei în profunzime, precum şi dispozitivele realizate în serviciul de cobalt al Institutului oncologic Cluj pentru delimitarea volumelor ţintă şi reproducerea fidelă a cîmpurilor la fiecare şedinţă de tratament.

DOSIMETRIC ASPECTS IN LARGE FIELDS IRRADIATION FOR SYSTEMIC DISEASE

Dr. N. Ghilezan, phisicist Dorina Moguţ
Institutul Oncologic Cluj

The mantle-field and Y-shape field irradiation for the systemic disease are now generally recognized, but there are a lot of dosimetric problems which still need to be solved.

Various factors are involved for a right estimation of the dose delivered: a different SSD, large areas, various thicknesses of the body, reference isodose, etc. It is also very important for the accuracy of irradiation, to assure an easily and exactly daily reproduction of the treatment po-

sition.

There are presented in detail the method of calcul and the devies used at the Oncological Institute of Cluj.

PROGRAM DE CALCUL UTILIZABIL IN RADIOTERAPIA LIMFOAMELOR MALIGNE CU LOCALIZARI PROFUNDE

Dr.I.Branea, ing.I.Ekstein, M.Klein
Secţia de radioterapie a Spitalului Clinic nr.3 Timişoara şi Centrul de calcul teritorial Timişoara

In colaborare cu specialiştii Centrului de calcul Timişoara am imaginat un program simplu de calcul al dozei nominale şi curbelor de distribuţie în ţesuturi a energiei radiante, rezultate în radioterapia (telegamaterapia şi röntgenterapia) adenopatiilor profunde mediastinale şi retroperitoneale, în limfoamele maligne. Acesta este scris în limba FORTRAN şi e adaptat calculatorului IRIS 50 FRANCIA similar ca performanţe calculatorului I.B.M. 360/30. Ca date de intrare sînt necesare numărul şi mărimea cîmpurilor folosite, doza zilnică la piele pe cîmp, şi proiecţia cîmpurilor pe secţiunea dată. Calculatorul foloseşte pentru calcul curbe de absorbţie în profunzime determinate experimental pe fantome şi introduse anterior în memoria calculatorului. Acesta ridică în final curbele de distribuţie a dozei pe secţiunea iradiată, cu indicarea zonelor de maximă şi minimă iradiere şi specificarea dozei nominale în adenopatie.

Programul prezintă o înaltă eficienţă economică prin faptul că permite efectuarea unor operaţii greoase, care o-

bişnuit blochează un specialist multe ore, într-un timp record de ordinul secundelor, elimină erorile, şi poate fi folosit de mai multe centre de radioterapie prin solicitarea telefonică a centrului respectiv.

PROGRAMME DE CALCUL UTILISABLE DANS LA RADIOTHÉRAPIE DES LYMPHOMES MALIGNES AVEC DES LOCALISATIONS PROFONDES

Dr.I.Branea, ing.I.Eckstein, M.Klein
La Section de Radiothérapie de l'Hôpital nr.3 Timişoara et le Centre Territorial de Calcul Timişoara

En colaborant avec les spécialistes du Centre de Calcul, nous avons imaginé un programme simple de calcul de la dose nominale et des courbes de distribution dans les tissus, de l'énergie irradiante, résultée pendant la radiothérapie (la telégammathérapie et la röntgenthérapie) des adénopathies profondes mediastinales et rétropéritonéales dans les lymphomes malignes.

Le programme est écrit dans le langage FORTRAN et il est adapté pour le calculateur IRIS 50 FRANCIA, semblable au calculateur I.M.B. 360/30. Les données initiales nécessaires sont le nombre et la grandeur des champs utilisés, la dose quotidienne sur la peau pour chaque champ et la projection des champs sur la section donnée. Le calculateur utilise pour le calcul les courbes d'absorbtion en profondeur determinées expérimentalement sur des fantômes et introduites anterieurement dans la mémoire du calculateur. Celui-ci indique finalement les courbes de distribution de

la dose sur la section irradiée, avec l'indication des zones d'irradiation maximum et minimum et la specification de la dose nominale dans l'adénopathie. Le programme présente une grande efficacité économique par le fait qu'il permet de réaliser des opérations difficiles (bloquent habituellement un spécialist pendant des heures) dans un temps record de l'ordre des secondes, élimine les erreurs et peut être utilisé PAR PLUSIEURS Centre de radiothérapie par la solicitation téléfonoque du centre de calcul respectif.

RÖNTGEN-DIAGNOSTIK DER MAMMA U.IHRE KLINISCHEN KONSEQUENZEN

Prof. dr. F. Kleibel

Universitäts-Strahlenklinik (Czerny-Krankenhaus)

Heidelberg

Es wird eine Übersicht über aktuelle Probleme der Röntgen-Mammographie gegeben. Dabei werden vorzugsweise wegen ihrer primären Bedeutung die Karzinome der weiblichen Brust behandelt und erst in zweiter Linie die Mastopathie (Dysplasie). Anschliessend Mitteilung der in den letzten Jahren gewonnenen Erfahrungen über die Entstehung und Behandlung sowie Malignisierung der Mastopathie. So zeigte sich, dass die Restmamma beim Mamma-Ca p.op. im überwiegenden Prozentsatz der Fälle röntgenologisch eine Mastopathie aufdeckte, als Zeichen eines den gesamten Organismus beherrschenden endogenen Hyperöstrogenismus. In Konsequenz ergibt sich, dass hierbei nur eine Medikation mit Androgenen als Dauertherapie eines antigonadotropen Effektes nach dem Prinzip des Feedback

-Mechanismus in Frage kommen kann, um eine Kanzerisierung der Mastopathie zu verhindern und die Dysplasie zu bessern. Nach Östrogenen kommt es zur Verschlechterung der Mastopathie und sogar zur Malignisierung. Von einer Verbeugung des Brustkrebsbefalls könnte man im Stadium der Mastopathie nur dann sprechen, wenn man sie erstens röntgenologisch erfasst und zweitens therapeutisch eine Medikation mit männlichen Hormonen eingeleitet hat. Die Ovulationshemmer als Anti-Pille hat sich statistisch in keiner Weise auf die Mastopathie ausgewirkt. Aus dem oben Gesagten ergibt sich die Forderung nach mehr Röntgen-Mammographie, un auf diese Weise unsere Frauen vor Mastopathie und ihren bösartigen Folgen rechtzeitig zu schützen.

CLINICO-ROENTGENOLOGICAL STUDIES ON THE MORPHOLOGIC, OSSEOUS AND DENTAL AGES IN CHILDREN WITH ENDOCRINOUS DISEASES

Dr. G. Hubenov, dr. K. Goranov
Stomatology department Plovdiv Children's Hospital
Plovdiv

By 72 observations carried out in children with endocrinous diseases, the calendar age is compared to the morphologic, osséous and dental ages. A coincidence between the morphologic, osseous and dental ages is seen in 53,4 % of the cases, between the morphologic and dental in 8,2 %, and between the morphologic and osseous in 1,4 %. Single deviations of the osseous or dental ages are seen accordingly in 3,5 % and 3,4 %, and deviations of the morphologic

,1 % which is due to some features of the material observed.

Some characteristic combinations which can help in diagnosticating and in reading the effect of the treatment applied are described as well as changes in the size and morphology of some bones.

The necessity of examining the morphologic, osseous and dental ages in children with endocrineous deviations is pointed out.

RADIODIAGNOSTICUL SI RADIOTERAPIA BOLILOR MALIGNE DE SISTEM

Dr. C. Văsoiu

Spitalul Focşani

Autorul prezintă experienţa personală cu tratamentul radiant în maladiile de sistem, atît în formele iniţial diseminate (leucemii) cît şi în cele iniţial localizate (lim foreticulosarcoame, Hodgkin).

Metoda şi conduita terapeutică s-a efectuat în funcţie de starea generală a bolnavului, de aspectul şi evoluţia tabloului sanguin, de volumul organelor invadate de procesul tumoral.

S U M A R

	Pag.
I.PANĂ, O.GEORGESCU, D.TIMOFTE, S.SIMIONESCU, ELENA PETREA - Radiodiagnosticul în traumatismele cranio-cerebrale	5
FL.BARCAN, Ş.STAN, P.BARBUNEANU - Diagnosticul în urgenţele toraco-pulmonare	37
D.RADULESCU - Radiodiagnosticul în urgenţele cardio-vasculare	69
E.POPESCU, C.MARGINEANU, E.MUSTĂ, L.DIMITRIU, P.GRADINARU, I.ROSALA, C.POPESCU - Radiodiagnosticul abdomenului acut	88
C.BUTNARU, I.TUDOSIU, SANDA BOIU, I.PUSCAS, C.ANTONESCU, D.MIRESCU, S.GEORGESCU - Diagnosticul radiologic al abdomenului acut în urgenţele urologice	1o3
N.MARGINEANU, SABINA MARGINEANU - Radiodiagnosticul în urgenţele pediatrice	12o
I.KREPSZ, I.KOZMA - Organizarea şi funcţionarea serviciilor de radiologie în unităţile cu profil de urgenţe medico-chirurgicale	136
G.HADJIDECOV, ST.KRAYTCHEV, L.MANOLOV (Sofia) - Organisation de la radiodiagnostique urgente en Bulgarie	149
N.OBLU, C.ALDESCU, GH.SANDULESCU, TH.OBREJA, C.TETRARU, Depistarea radiologică a hematoamelor intracraniene la politraumatizaţi cu participare cranio-cerebrală	15o
N.ANDRONESCU, Z.NICOARĂ, V.MARCHIS - Aspecte particulare de radiodiagnostic în traumatismele bazei craniului	153
N.OBLU, GH.SANDULESCU - Aerografia şi transiluminarea în urgenţele neurotraumatologice la "sugar"	158
D.BOLGAR - Aplicaţii radiologice în traumatismele cranio-cerebrale în Spitalul judeţean	16o
ST.ARDEVAN, Fr.NAŞH - Corelaţii clinico-radiologice în traumatismele craxio-cerebrale	162
M.RADULESCU, I.STROESCU - Examenul radiologic în unele urgenţe din chirurgia maxilo-facială	165

P.MILOSESCU,M.RADULESCU - Contribuţii la studiul examenului radiologic în diagnosticul de urgenţă al traumatismelor nazo-sinuzale 166

AL.GEORGESCU - Incidenţa Towne-Rünström, examinare de rutină obligatorie în traumatismele craniene 167

A.KERTÉSZ,ST.RÉDER,G.MÉSZÁROS,R.VAMEANU - Metodologia radiodiagnosticului în traumatismele masivului facial 168

M.PIRVULESCU,GH.POPOVICI,FLORICA POPOVICI - Contribuţia examenului radiologic în diagnosticul traumatismelor cranio-cerebrale la copii 169

C.ALDESCU,M.RUSU,N.COZMA,N.IANOVICI - Aportul radiografiei simple a craniului în traumatismele cranio-cerebrale recente cu interesarea etajului anterior al bazei 171

C.I.MITA - Aportul pneumoencefalografiei gazoase în explorarea traumazismelor cranio-cerebrale tardive 173

P.MAGY,F.PIROS - Consideraţii clinice şi radiologice privind problema arahnoiditelor chistice posttraumatice 176

M.PIRVULESCU - Particularităţile colaborării clinico-radiologice în rezolvarea urgenţelor din patologia ocului 177

M.RADULESCU,N.GANUTA - Examenul radiologic în accidentele de extracţie ca urgenţă în stomatologie 179

ALIGI FIUMICELLI,CARLO FIUMICELLI (Perugia) - Radiodiagnostic du Cavum Residuel après pneumonéctomie totale ou partielle 181

I.BIRZU,I.JOCU,A.PERCEK,V.SAVA,LUCRETIA COTUNA, M.PACURARU - Atelectazii pulmonare după operaţii abdominale 181

GH.CHISLEAG,A.CHINDUN,M.GAVRILESCU,E.CARASIEVICI- Corpii străini traheobronşici şi posibilităţile examenului radiologic de urgenţă 182

I.BIRZU,- Hematoamele pulmonare.Aspecte radiologice . 185

C.COMAN,A.STAN,GEORGETA GEORGESCU,MURA DIMITRIU, H.DOBRINOV - Aportul şi rolul investigaţiilor radiologice complexe în precizarea diagnosticului lezional în traumatismele toracelui l..... 186

Pag.

V.VASILE,M.DIACONESCU,GERTRUDA KREISLER,GH.CHIPAIL - Valoarea explorărilor radiologice în urgenţele toraco-pulmonare 188

GR.STANCIU,I.POP D.POPA - Aportul examenului radiologic asupra 45 de cazuri de urgenţă toraco-pulmonară (34 izolate şi 11 asociate) 189

G.IONESCU,GH.CRACIUN,D.UNGUREANU,N.ANDRONESCU -Confruntări clinico-radiologice în voletele toracice 192

C.COMAN,GEORGETA GEORGESCU,MURA DIMITRIU,D.ZARA, C.CIULAVU - Valoarea investigaţiilor radiologice în precizarea indicaţiei chirurgicale în urgenţele toracice 194

E.POPESCU,C.MARGINEANU,CORNELIA POPESCU - Modificări mediastino-pulmonare imediate după intervenţiile operatorii pe esofag 195

I.JOCU - Pneumopatii acute după intervenţii chirurgicale abdominale 2o2

I.DIMITRESCU,ST.SURTEA - Examenul radiologic în urgenţele O.R.L. determinate de corpi străini esofago-traheo-bronşici 2o4

N.NICOLESCU,ST.DEDIU,M.LEONESCU,TRUSCA GABRIELA - Insuficienţa acută respiratorie în metastazele pulmonare ale cancerului epiteliomului 2o5

I.JOCU - Valoarea examenului radiologic în pneumotorazul spontan 2o7

GH.DOBRINESCU - Studiu clinico-radiologic asupra modificărilor pulmonare în intoxicaţia acută cu clor 21o

TEODOR BELTEAG,G.IONESCU - Rupturile diafragmului ... 211

GRIGORE I.NUBERT - Consideraţii asupra dificultăţilor de diagnostic ale herniei diafragmatice posttraumatice 214

RIDVAN FEUZI,RADU HOLBAN,V.BALANESCU,ANA POPA -Examenul radiologic de urgenţă în hernia diafragmatică 215

L.MANOLOV,KRAYTCHEV ST. (Sofia) - L'Exploration radiologique des malades d'infarctus du myocarde aigu 217

D.RADULESCU,R.VLAICU - Unele semne radiologice observate în infarctul miocardic 218

Pag.

IVO OBREZ,JOZE STROPNIK,MIRO KOSAK (Ljubljana) - Angiography in the diagnosis of traumatic lesions of the aorta and of great vessels .. 221

P.PINET,M.AMIEL,A.CIERMONT,A.RUBET,J.C.FROMENT L'angiographie d'urgence en pathologie aortique non traumatique 222

M.NANA,T.RELTEAG - Riscurile şi complicaţiile angiografiilor probleme de urgenţă medico-chirurgicale 222

C.BUTNARU,I.PUSCAS,I.TUDOSIU,S.GEORGESCU,D.MIRESCU - Aspecte radiologice în traumatismele cardio-vasculare 225

C.BUTNARU,I.PUSCAS,I.TUDOSIU,D.MIRESCU,S.GEORGESCU- Examenul radiologic al traumatizaţilor cardio-vasculari 226

SANDA BOIU,B.FOTIADE,I.PAVELESCU,D.CONSTANTINESCU- Anevrismul disecant de aortă toracică 227

D.RADULESCU - Criterii radiologice de apreciere a ventriculului stîng în hipertensiunea arterială paroxistică 229

D.RADULESCU - Constatări radiologice în miocardita acută 232

D.RADULESCU,A.VALEANU - Criterii de diagnostic radiologic în infarctul pulmonar survenit în leziunile valvulare 234

C.SARMESIU,GH.BIROASIU,MARIA MOGOSAN - Investigaţiile radiologice în urgenţele vasculare ale extremităţilor 238

C.LAZAR,C.DOLINESCU,M.CHIFAN,V.STRAT,AL.BOINGEANU, E.TIRCOVEANU - Valoarea examenului radiologic în abdomenul chirurgical acut 238

ST.KRAYTCHEV,G.HADJIDEGOV,L.MANOLOV (Sofia) - La valeur diagnostique des signes radiologiques du liquide libre dans la cavité abdominale . 244

GR.STANCIU,I.POP D.POPA - Asupra 1.140 cazuri de abdomen acut,examinate radiologic şi tratate chirurgical 245

V.PETRISOR,ST.ARDEVAN,CORIOLAN GRECEANU,MARIA SCHUSTER,GH.CIOBANU - Eficienţa unor incidente şi metode speciale în examenul radiologic al abdomenului acut 248

Pag.

M.VIDICAN - Examenul radiologic în abdomenul acut. Confruntări radio-chirurgicale şi aport în diagnostic şi terapie 251

GR.I.NUBERT,GABRIELA COREEANU - Aportul examenului radiologic în urgenţele abdominale de cauză rară 253

I.JOCU - Consideraţii privind diagnosticul radioclinic în infarctul intestinal 254

L.BARTHA (Budapesta) - Les perforations gastro-duodenales examinées et démontrées avec l'aide de gastrografin 256

IACOB MEIL4,AL.ANDRITOIU - Conduita noastră radiologică faţă de 4o2 cazuri de ulcer gastroduodenal perforat 257

B.ZSADON - Das ulcuscarcinom,ein typ des Früh-carcinoms des magens 258

BOSKO JOVANOVIC (Belgrade) - Les formes radiologiques des tumeurs du colon 259

C.IANEV,H.NEDKOVA-BRATANOVA (Sofia) - Cercetare radiologică în diagnosticul diferitelor forme de nepermeabilitate a tubului digestiv 26o

G.BIROASIU,C.SARMESIU,MARIA MOGODAN - Confruntări radio-anatomo-clinice în obstrucţia intestinală 261

I.DIMITRESCU,TIBERIU FE TE - Radiodiagnosticul în invaginaţia intestinală a adultului 262

C.GURAU,N.IONESCU - Consideraţii privind metodica examenului radiologic în stenozele intestinului subţire 263

C.GURAU,TR.PANIJEL,GH.TUCU - Particularităţile sindromului ocluziv în tumorile intestinului subţire 264

GH.FENICHI,GH.DOBRINESCU,I.IONESCU,GH.BAITANCIUC - Examenul radiologic de urgenţă în ocluzia intestinală efectuat în serviciul unui spital unificat 265

I.JOCU,M.PACURARU,ST.GRIGORE - Posibilităţile şi limitele examenului radiologic în diagnosticul diferenţial al oc iilor intestinale 267

ARCADIE PERCEK,I.BUSU - Fetişizarea imaginii hidroaerice,sursă de erori în radiodiagnostic ... 27o

Pag.

C.BUTNARU,D.MIRESCU,S.GEORGESCU,I.TUDOSIU,I.PUSCAS- Valoarea examenului radiologic în neoplasmul duodenal cu indicaţie chirurgicală majoră 271

N.NICOLESCU,M.IONESCU,M.VASILIU - Valoarea pneumoperitoneului şi retropneumoperitoneului artificial în diagnosticul radiologic al supuraţiilor abdominale 273

M.DUSE,D.TIMOFTE - Aspecte radiologice în eventraţii ale peretelui abdominal 275

GR.I.NUBERT - Unele observaţii asupra valorii pneumoperitoneului sponten în radiodiagnosticul abdomenului acut 277

ST.ASAULEAC,RIDVAN FEUZI - Falsul abdomen acut 279

M.CHIRIAC,T.CIRSTEA,D.STANICA - Diagnosticul radiologic al unor cauze reale care au determinat sau simulat clinic abdomen acut 28o

ERERHARD BAUDISCH,KURT PITZLEU,DIETER KOB (Jena) - Ergebnisse der Röntgenuntersuchung bei der akuten magen-darm-blutung 285

I.BIRZU,I.JOCU,M.PACURARU - Conduita noastră privind investigaţia radiologică în hemoragiile digestive superioare 286

C.BUTNARU,D.MIRESCU,S.GEORGESCU,I.TUDOSIU,I.PUSCAS, D.MEDIANU - Dificultăţi de diagnostic în sîngerările duodenale de cauză ulceroasă 289

S.SCHIAU,R.STOENESCU,P.STOICUIESCU,N.DRAGUIESCU - Contribuţia examenului radiologic în unele hemoragii digestive 29o

M.DEBAU,AL.OPROIU,CARMEN OPROIU,I.RUCAREANU, STELIANA MANTU - Valoarea examenului radiologic de urgenţă în stabilirea diagnosticului hemoragiilor digestive superioare 291

IRINEL POPESCU - Hemoragii digestive superioare..... 293

V.STOICA,V.NICULESCU,LILIANA VANTA - Examenul radiologic digestiv în pericada hemoragică 297

I.TIGANUS,TR.HORJA,I.DRAGAN,ELISABETA BRABORESCU, DAN TIGANUS - Consideraţii privind examenul radiologic de urgenţă în 2o3 hemoragii ulcero-neoplazice gastro-duodenale 298

GIULIANO POZZI (Milano) - Diagnosis of esophageal varices after hiperproteic al 3o1

Pag.

SANDA BOIU, C.ANTONESCU, S.GEORGESCU, D.MIRESCU, D.MEDIANU - Posibilităţi de localizare radiologică ale hemoragiile eso-gastrice în hipertensiunile portale 302

C.MARGINEANU, C.POPESCU, E.POPESCU - Examenul radiologic de urgenţă în gastritele caustice 305

D.KONSTANTINOV, A.TCHOMAKOV (Plovdiv) - Images radiologiques après operations combinées et bionomiques 308

I.BIRZU - Valoarea colangiografiei pe masa de operaţie 308

C.BUTNARU, S.GEORGESCU, D.MIRESCU, I.TUDOSIU, D.MEDIANU, C.ANTONESCU - Valoarea diagnosticului radiologic în sindromul de dilataţie a căii biliare principale prin cauze nelitiazice 310

V.SAVA - Examenul radiologic în colecistita acută ... 312

T.BELTEAG, G.IONESCU - Colangiografia percutanată transhepatică constituie un act de urgenţă chirurgicală 313

V.SAVA, CARMEN GEORGESCU - Explorarea radiologică în colica hepatică 316

EDUARD GALINESCU - Calculoza apendiculară simulînd clinic colica renală dreaptă 317

ROMEO V.STURDZA, C.CHICOS - Posibilităţile şi limitele examenului radiologic în unele urgenţe medico-chirurgicale 318

CHRISTIANE SCHLEICHER, EBERHARD BAUDISCH, RAINER SCHIEWE- (Jena) - Ergebnisse angiographischer untersuchungen beim stumpfen bauchtrauma mit nierenverletzung 319

A.MOURDJEF, A.BALDJIISKI, I.BOGILOV (Plovdiv) - La hématurie d'origine rénale et la valeur de la rénovasographie 320

I.BIRZU - Extravasarea de urină evidenţiată prin urografie 320

G.BIAJA, I.TUDOSIU, M.DEMETRIAD - Unele aspecte radiologice în urgenţele urologice 322

C.BUTNARU, C.ANTONESCU, I.TUDOSIU, S.GEORGESCU - Valoarea examenului radiologic în stabilirea etiologiei unor hematurii renale 323

Pag.

D.RADULESCU,M.MANASIA - Metode radiologice de explorare a glandelor suprarenale în hipertensiunea paroxistică 325

C.BLAJA,M.DEMETRIAD,GH.CALIN - Diagnosticul radiologic în supurațiile acute ale parenchimului renal 328

C.BUTNARU,I.TUDOSIU,A.BODNARI - Posibilități de examinare radiologică în hematuriile de origine vezicală 329

D.IONESCU MILTIADE,D.PETRISOR,S.LOGHIN,T.CIOCAN - Valoarea uterocistografiei în diagnosticul leziunilor traumatice ale căilor urinare inferioare 329

R.HOLBAN,D.DELEANU - Câteva observații în traumatismele renale în care s-a utilizat urografia intravenoasă 334

A.POTIRNICHE,F.GEORGESCU - Unele aspecte urografice în traumatismele renale 335

M.CHIRIAC,GH.PANAITESCU - Experiența noastră în aprecierea valorii examenului radiologic în traumatismele uretrei posterioare 338

C.BUTNARU,I.TUDOSIU,I.PUSCAS,C.ANTONESCU,D.MIRESCU - Examenul radiologic imediat și tardiv în traumatismele de uretră 340

ARCADIE PERCEK - Considerații pe marginea a 3 cazuri de ileus alergic iodic 341

C.BUTNARU,I.PUSCAS,I.TUDOSIU,S.GEORGESCU,D.MIRESCU - Radiologul în fața incidențelor și accidentelor induse de administrarea substanțelor de contrast iodate 342

A.VALEANU,D.RADULESCU,M.COVALCIC - Observații radiologice asupra comportării diametrelor ariilor renale la urografia efectuată după colica renală 343

V.SAVA -Aspecte radiologice în colica renală 346

GR.STANCIU,KREPSZ,P.KOTAY - Efectuarea examenului radiologic în 1.382 cazuri de urgență urologică 347

M.PIRVULESCU,M.MINCULESCU,ANETA LEZERIUC - Locul și aportul examenului radiologic în litiaza reno-uretero-vezicală 349

Pag.

I.JOCU,I.STRUTEANU,ST.GRIGORE - Posibilităţile examenului radiologic în diagnosticul etiologic şi diferenţial al colicii nefretice 351

ZH.MOURDJEV,B.DITCHEV - Pyelographie urétérale retrograde - moyen de diagnostic de base pour anurie calculeuse 353

M.R.GALESANU - Urografia, examen de urgenţă în adenomul de prostată 354

E.BIGNION,N.MANESCU,O.GOLEA,M.NICOLCIOIU,C.ZOSIN - Angiografia suntului arterio-venos la pacienţii supuşi dializei cu rinichi artificial 358

MICHAEL MARGARITIDIS (Katerini)- Diagnostic value of the simple radiography of the pelvis in the little patients with long-standing vaginitis 359

J.NOVAK,N.GRIVCEVA-JANOSEVIC (Skopje) - Malformations of the digestive tract of newborns with signs of the duodenal obstruction 360

D.MARDARE,D.NEGRESCU,N.GAVRILITA,ASIA CHIPAIL, M.BURDEA,D.MORARU,MARIANA GHIRU,G.IONESCU - Aportul examenului radiologic în diagnosticul insuficienţei respiratorii acute a sugarului 361

SABINA MARGINEANU,CORNELIA MORATH,MIHAELA MARGINEANU- Aportul examinării radiologice în unele insuficienţe respiratorii ale nou-născutului produse prin factori malformativi congenitali 365

V.SPINEANU,R.SPINEANU,I.ANDREI,OTTO LEITI - Examenul radiologic în urgenţele respiratorii din stafilococia pleuro-pulmonară a sugarului ... 367

BÉLA JEREMIÁS,JÓZSEF CSIDEI,IBOLYA L.BÓSI - Aspectul radiologic al pneumopatiilor provocate de intoxicaţii cu petrol la copii 368

GH.GOLDIS,V.BUCSA,S.GEORGESCU,STELUTA CARNARU - Aspecte particulare în hemoptizia la copii 369

SABINA MARGINEANU - Explorarea radiologică la copil în unele tulburări de ventilaţie pulmonară prin obstacol bronşic inspirator 372

RIDVAN FEUZI,V.BALANESCU - Consideraţii asupra examenului radiologic de urgenţă în obstrucţiile bronşice prin corpi străini 373

Pag.

Z.FRUCHTER,MELANIA SPODHEIM,CRISTINA VASILIU - Radiodiagnosticul emfizemului pulmonar bulos la nou-născut şi sugarul mic 374

SABINA MARGINEANU,P.PETRESCU,MIHAELA MARGINEANU - Hiperclarităţi buloase pulmonare la copil 376

SABINA MARGINEANU,L.MASCA CIOBANU,MIHAELA MARGINEANU Aportul examenului radiologic în stabilirea etiologiei pericarditei acute primitive la copil 377

C.BUTNARU,D.MIRESCU - Aportul radiocinematografiei în studiul vărsăturii grave la sugar 378

Z.FRUCHTER,LILIANA ENACHESCU - Valoarea şi limitele diagnosticului radiologic cu constrast natural, în invaginaţia acută intestinală la sugar.Studiu pe 64 cazuri 379

I.DELOV - Examen radiologique d'urgence en cas d'atresie oesophagienne chez le nouveau-né 382

GH.GOLDIS,V.BUCSA,S.GEORGESCU,V.ROSCULET,VL.MIHAILESCU Probleme clinico-radiologice în tulburările de deglutiţie prin incoordonare idiopatică la sugar 382

R.BOTEZ,N.GAVRILITA,G.IONESCU - Aportul explorării radiografice în diagnosticul abdomenului acut la sugar 385

SABINA MARGINEANU,CORNELIA MORATH,E.SZUCS,MIHAELA MARGINEANU - Explorarea radiologică în peritonitele neo-natale 386

ROMEO ELEFTERESCU,HORIA BLASIU - Valoarea şi limitele examenului radiografic "abdominal pe gol" în afecţiunile tubului digestiv din perioada neo-natală precoce 387

E.CHÉRIGIÉ,R.PIGOT (Paris) - L'Urgence en radiologie cardio-vasculaire. La radiologie abdominale et des membres 388

TUDOR V.DIACONESCU - Valoarea examenului radiologic în hemoragiile digestive superioare neulceroase 389

W.GUENTERT,J.KACL,J.MIHICIC (Aarau) - Vergleichende pruefung der gallenblasenkontrastmittel biligram und endobil 391

Pag.

GH.CHISLEAG,T.ROXIN,I.TUDOSIU - Radiodiagnosticul în limfoamele maligne 394

I.BIRZU,ST.GRIGORESCU - Radioterapia hemopatiilor maligne 416

L.S.ROZENSTRAUH,F.A.ASTRAHANTLV,T.S.PUTIEVSKAIA (Moscova) - Cercetarea complexă röntgen-bronhologică în diagnosticul diferenţial al leziunilor limfatice de sistem ale ganglionilor mediastinali 439

L.S.ROZENSTRAUH (Moscova) - Cercetarea röntgenologică în diagnosticul diferitelor forme ale ocluziei intestinale 440

SILVIU LANDMAN,DAVID WEBER,PHILIP RUBIN,ERIC MAYER - Role of bone marrow scanning in the assessment of marrow recovery following radiotherapy of lymphomas 443

D.KONSTANTINOV (Plovdiv) - Possibilités diagnostiques et images radiologiques dans les formes mediastinales des tumeurs lymphoreticulaires 444

NICOLA KOTOV (Plovdiv) - About the differentciating röntgendiagnosis of the alterations of the vessels and systematic illnesses with lung-mediatinum localisation 444

EL.ZAWAHRY (Cairo) - Radiological manifestations of certain skin diseases 445

I.BIRZU,LUCRETIA COTUNA,I.COTUNA,I.JOCU - Contribuţii la diagnosticul radiologic al limfogranulomatozei maligne cu localizare mediastinală 446

GH.CHISLEAG,G.POPA,C.DANIIL,E.BILD,E.HANGANU - Experienţa noastră în diagnosticul şi tratamentul limfogranulomatozei maligne 449

GH.GOLDIS,V.BUCSA,STELUTA CARNARU,AL.ZUBCOV - Manifestările intratoracice în evoluţia leucemiei acute la copil 452

C.COMAN,FL.BARCAN,A.STAN,MURA DIMITRIU,GEORGETA GEORGESCU,A.IANAS - Probleme diagnostice şi terapeutice în maladiile de sistem cu localizare toracică 454

H.RATIU,L.HICA,N.COMAN - Confruntări radio-mediastinoscopice în diagnosticul diferenţial al adenopatiilor mediastinale 456

Pag.

A.KERTÉSZ,FR.GROSS,R.LUPEANU,I.KREPSZ,GR.STANCIU, GH.ROTH,J.BAKOS - Perspectivele şi limitele radiodiagnosticului în bolile maligne de sistem 458

T.ROXIN,H.BUJAR - Valoarea comparativă a criteriilor radiologice şi biologice în stadializarea bolii Hodgkin 460

AUREL ORDEANU - Forme mediastino-pulmonare ale bolii Hodgkin,simulînd neoplasmul bronhopulmonar 462

G.BORSAI,GY.SASS,J.MÓDY - Boala Hodgkin asociată cu plasmocitoza medulară, disglobulinemie şi anemie hemolitică autoimună 464

V.SAVA,RODICA NITESCU - Dificultăţi radioclinice în diagnosticul limfosarcomului mediastinal primitiv 464

ROMEO V.STURDZA,CORNEL CHICOS - Contributia examenului radiologic în depistarea şi evoluţia bolilor maligne de sistem 465

K.RÖDER - Ergebnisse lymphographischer langzeitbeobachtungen bei haemoblastosen 466

J.RICHTER, R.AITMANN (Berlin) - Zum problem lymphographischer befaliskriterien primär maligner lymphome - erste ergebnisse einer computeranalyse 467

I.BIRZU - Aspecte limfografice în boala Brill-Symmers 468

I.BIRZU,H.BUJAR - Valoarea limfografiei în tratamentul bolii Hodgkin 469

C.BUTNARU,I.TUDOSIU,I.PUSCAS,D.MIRESCU,D.BARBOI - Semnificaţia lacunelor ganglionare în bolile maligne de sistem 472

C.BUTNARU,I.TUDOSIU,I.PUSCAS,D.BARBOI,G.CIOBA, S.GEORGESCU,D.MIRESCU - Studiul limfografic pe 120 de cazuri de boli maligne de sistem 473

I.TUDOSIU - Indicaţia de urgenţă a limfografiei într-un caz de chilurie 474

C.BUTNARU,I.TUDOSIU,D.BARBOI,I.PUSCAS,D.MIRESCU - Importanţa radiografiei mărite în limfografia în bolile maligne de sistem 475

I.BIRZU - Manifestări osoase în leucemii 476

Pag.

T.ROXIN, ST.HERCEANU, H.BUJAR - Consideraţiuni asupra leziunilor osoase în boala Hodgkin 477

N.MARGINEANU, S.MARGINEANU, I.BRANEA - Aspectul radiologic al leziunilor osoase în bolile maligne de sistem 479

I.BIRZU, ST.GRIGORESCU - Date clinice privind radioterapia bolilor tumorale de sistem cu localizare mediastinală 480

G.MITROV, V.VALCOV, D.VRANCEVA - Notre expérience dans la radiothérapie de la lymphogranulomatose ... 482

I.BIRZU, I.C.DRAGANESCU, R.NITESCU - Chimioterapia în tratamentul complex al bolilor de sistem 483

I.PANA, RODICA IVANOV - Complicaţiile tratamentului radiologic al sarcoamelor ganglionare 486

N.MARGINEANU, I.BRANEA, S.MARGINEANU - Rezultatele tardive în tratamentul radiant al limfoamelor maligne 489

T.ROXIN, MARIANA GOCIU - Unele aspecte particulare în tratamentul bolilor de sistem 491

O.POPOVICI, EL.HORODNICEANU - Indicaţiile radioterapiei în prezenţa semnelor generale în boala Hodgkin 493

EL.HORODNICEANU, G.ALDEA, V.STAICOPOL, N.TRESTIOREANU - Rezultate comparative în radioterapia şi asociaţia radio-chimioterapică în tratamentul sarcoamelor ganglionare 494

V.GRANCEA, I.PANA, S.NICOLAESCU - Posibilităţile şi limitele radioterapiei convenţionale în reticulozele maligne din sfera O.M.L. 496

P.POPESCU - Teleröntgenterapia cu voltaj scăzut (55 kV) aplicată în manifestările cutanate ale maladiilor de sistem şi în dermatoze benigne 497

A.KETESZ, I.KREPSZ, Z.SZECSKI, I.SASS - Asocierea chimioradioterapică adecvată în unele boli maligne de sistem 499

ROMEO V.STURDZA, CORNEL CHICOS, C.TASCA - Consideraţii asupra radioterapiei şi rezultatele sale în bolile maligne de sistem 501

N.GHILEZAN - Indicaţiile şi limitele cobaltoterapiei în limfo şi reticulosarcoame 501

Pag.

V.GRANCEA, I.PANA, P.MICESCU - Apreciere critică asupra rezultatelor radioterapiei convenționale în boala Hodgkin 503

N.GHILEZAN - Valoarea cobaltoterapiei în limfogranulomatoza malignă 505

I.SASS, E.KIFOR, EVA KOTAY-LAKATOS, G.BORSAI - Importanța vitaminei B 6 în tratamentul leucemiilor cronice 507

R.I.VEPKHVADZE, B.B.KAPANADZE, I.A.VACHNADZE - Complet röentgenoradioisotopic research of lymphatic system of pelvis and retroperitoneal space .. 509

A.BUZDUGANOV, I.UZUNOV, T.MAROVSKI (Plovdiv) - Radioisotopic diagnosis by malignant systemic diseases 510

I.BIRZU, I.C.DRAGANESCU, R.NITESCU, IOANA GHEORGHIU - Valoarea limfografiei izotopice și a administrării endolimfatice de citostatice în diagnosticul stadial și tratamentul cancerului de col uterin 511

I.PANA, ILEANA BANU, S.NICOLAESCU - Limfografia izotopică cu Au 198 coloidal în diagnosticul și controlul terapeutic al maladiilor de sistem 513

T.HOLAN, M.MICLUTIA, I.MACOVEI, M.CRISAN, R.SPERMEZAN - Aspecte limfoscintigrafice în bolile de sistem 515

T.MAROVSKI (Plovdiv) - Possibilités diagnostique de la scintigraphie du cerveau 517

AT.BUZDUGANOV, T.MAROVSKI, I.UZUNOV, A.IGNATOV - Diagnostic application of radioactive indium ($^{113}m_{In}$) 518

A.IGNATOV (Plovdiv) - Clearances rénaux par radioisotopes-indications et résultats 519

T.MAROVSKI, I.UZUNOV - Scientigraphie combinée du poumon et du foie dans les maladies de la base droite du poumon et de la voute de foie 520

N.VLAHOV, I.UZUNOV (Plovdiv) - Application du ^{99m}Tc-pertechnetate dans l'examen scintigraphique de la glande thyroide 521

I.UZUNOV (Plovdiv) - ^{113m}In - Haemaccel preparation for scintigraphic study of liver 521

M.MICLUTIA, T.HOLAN - Locul tratamentului cu fosfor radioactiv în poliglobule 522

Pag.

N.GHILEZAN,DORINA MOGUT - Probleme dozimetrice în iradierea cîmpurilor mari pentru bolile de sistem 524

I.BRANEA,I.EKSTEIN,M.KLEIN - Program de calcul utilizabil în radioterapia limfoamelor maligne cu localizări profunde 526

F.KLEIBEL (Heidelberg) - Röntgen-diagnostik der mamma U.ihre klinischen konsequenzen 528

G.HUBENOV,K.GORANOV (Plovdiv) - Clinico-röentgenological studies on the morphologic,osseous and dental ages in children with endocrinous diseases 529

C.VASCIU - Radiodiagnosticul şi radioterapia bolilor maligne de sistem 530

U.S.S.M.
Stația de multiplicare
București, Str. Progresului 8-10
1 9 7 3